ROK VI WARSZAWA 1932 PAŹDZIERNIK ZESZYT X

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Ostre śmiertelne powikłania przewlekłych suchot płucnych

(Przyczynek do rokowania w suchotach płuc przewlekłych).

PODAŁ
DR. HENRYK WASERMAN.

1. Zapowiedź: Rokowanie w przewlekłych suchotach płucnych.

2. Bezpośrednie powody zejścia śmiertelnego w przebiegu przewlekłych suchot płucnych.

3. Ostre śmiertelne powikłania przewlekłych suchot płucnych:
 a) ostra niedomoga mięśnia sercowego,
 b) samoistna odma piersiowa,
 c) krwotoki płucne (i ich następstwa podostre płatowe lub ogniskowe *serowate* zapalenia płuc),
 d) gruźlica prosówkowa, względnie d[1]) gruźlicze zapalenie opon mózgowych,
 e) zapalenia opłucnej w *końcowych okresach* suchot płucnych,
 f) inne (rzadsze) powikłania śmiertelne.
 g) Wnioski.

Nie ulegać zdaje się żadnej wątpliwości, iż sprawa ścisłego rokowania w rozmaitych postaciach anatomo-klinicznych przewlekłych suchot płucnych, szczeg. w ich okresach początkowych, jest kwestją niezmiernie zawiłą, na którą poglądy poszczególnych ftizjologów są różnolite, nieraz biegunowo sobie przeciwne, kwestją, w której dalszy przebieg kliniczny schorzenia często rozbija rzekomo — najdokładniej zbudowane wnioski rokownicze, dając w przypadkach, zda się, na pierwszy rzut oka beznadziejnych, jeszcze długie lata życia, a nawet i całkowitego klinicznego wyzdrowienia (każdy doświadczony ftizjolog ma w swym dorobku lekarskim z pewnością niejeden przypadek podobny). I naodwrót w przypadkach rzekomo-łagodnych, u osób będących w warunkach życiowych całkowicie dobrych, przy stanie nieodpowiedniej wewnątrzustrojowej konstellacji allergicznej (pod mianem tym za

Dłuskim rozumiemy *zmienny stosunek między uczuleniem, a uodpornieniem),* — wbrew wszelkim przewidywaniom, suchoty płucne postępują stale, mniej lub więcej ostro, lub też postępują skokami, nawałami, niezmiennie prowadząc do zejścia fatalnego. Albo też, nagle występujące w przebiegu łagodnej lub utajonej gruźlicy płucnej ostro przebiegające śmiertelne powikłania w postaci gruźliczego zapalenia opon mózgowych lub też uogólnionej prosówki gruźliczej. Czyż powikłania takie dają się przewidzieć? Czyż można przewidzieć i à priori ocenić wszelkie wahania in minus allergji ustrojowej i zależne od tych wahań uleganie ustroju w walce z natarciem prątków gruźliczych, mimo iż dotąd ustrój stawiał czoła tej walce?

F. Groër, rozpatrując dynamiczny charakter walki ustrojowej z gruźlicą, słusznie porównywa powstawanie obronno-zapalnych wytworów gruźliczych z „elastyczną barjerą", która wprawdzie nie jest dość skuteczna, ażeby doprowadzić do zupełnego wyzdrowienia, jest jednak dość silna na to, aby „*czasowo* trzymać zarazki, a tem i szerzenie się zapalenia na uwięzi".

Określenia „elastyczna barjera" *Groër* używa umyślnie, by wyrazić, że obrona ma charakter dynamiczny i że zależnie od całego szeregu warunków zewnętrznych i wewnętrznych elastyczność barjery ulegać może wahaniom.

Dlatego też, z tego punktu widzenia, słuszne wydaje się zdanie *Sergenta,* iż w suchotach płucnych mamy „rokowanie na dziś, a nie na jutro", słuszne jest twierdzenie niektórych autorów niemieckich, iż suchoty płucne są „eine polymorphe und unberechenbare Krankheit" (przytoczone wedł. K. Dłuskiego), czyli chorobą, w której nic przewidzieć i obliczyć nie można.

Dlatego też *Degeorges* (These de Lyon, 1929, przyt. według A. Jaquelin'a), opierając się na badaniach laboratoryjnych, twierdzi, iż w gruźlicy płuc przypuszczalnie pewne rokowanie postawić można najwyżej na przeciąg 5 — 6 mies. (i to z pewnemi zastrzeżeniami).

Innego zdania jest *A. Jaquelin,* który, opierając się na wszechstronnem badaniu klinicznem i laboratoryjnem każdego poszczególnego przypadku suchot płucnych z uwzględnieniem umiejscowienia, rozległości, charakteru anatomicznego zmian gruźliczych z uwzględnieniem objawów ogólnych i czynnościowych (gorączka, duszność, ciśnienie krwi, tętno, krwotoki i t. p.), z uwzględnieniem czynności innych narządów (układ trawienny, czynność wątroby i zależne od niej stany anergji, rozsianie gruźlicy w innych narządach), ze zwróceniem uwagi na własności *terenu osobniczego,* na którym odbywa się walka z zakażeniem gruźliczem (rasa, dziedziczność, skazy ustrojowe, dane konstytucjonalne, współistnienie kiły, przebycie krzywicy i t. p.) z uwzględnieniem wieku, płci (ciąża i jej wpływ na gruźlicę), stanowiska społecznego, wpływu pór roku, wreszcie z uwzględnieniem badań laboratoryjnych dochodzi do wniosku, iż jednak rokowanie w suchotach płucnych postawić można na dalszą metę, o ile jakiś przypadkowy czynnik zakaźny lub toksyczny alboteż nieprzewidziane rozsianie się gruźlicy w następstwie np. krwotoku płucnego, — nie zniweczy skrzętnie zbudowanych wyników rokowania.

Badacze polscy *(Sokołowski, Dłuski, S. Sterling)* również są powściągliwi w rokowaniu w przypadkach suchot płucnych, nie dochodzą jednak do takiej krańcowości, jak *Sergent,* ale podobnie, jak *Jaquelin,* uwzględniając wszelkie dane anatomokliniczne i laboratoryjne, starają się postawić właściwe rokowanie na dalszy przeciąg czasu, mniejszą udzielając uwagę możliwości ostrych śmiertelnych powikłań przewlekłych suchot płucnych *(Dłuski).*

S. Sterling, omawiając wartość rokowniczą objawu *Biernackiego* w suchotach płucnych, podaje, iż objaw ten nie stanowi oparcia dla rokowania o zejściu suchot, ale „pozwala na rozróżnienie, jaka w danej chwili przebiegu suchot płucnych sprawa przeważa; wysiękowa, czy włóknista, — sprawa postępująca, czy cofająca się".

„Gdyby", powiada *S.*, „przebieg suchot przyrównać do przebiegu wojny, natenczas wolnoby powiedzieć, że wynik *OB.* pozwala przewidzieć wynik bitwy: nie znaczy to, by pozwalał na przewidywanie wyniku ostatecznego wojny" (*„Gruźlica i jej zwalczanie" 1927.* Odnośnik na str. 230 — 231).

Mutatis mutandis, zdanie powyższe możnaby uogólnić również względem innych kryterjów, stosowanych przy rokowaniu w suchotach płucnych.

Kwestją, która ściśle się łączy z możli-

wością postawienia rokowania w suchotach płuc, jest kwestja *treści rokowania*, kwestja rozstrzygnięcia, czy możliwe jest zasadniczo wyleczenie się z suchot płucnych, wyleczenie, jeżeli nie w sensie anatomicznego *restitutio ad integrum*, (boć nawet w najpomyślniejszych przypadkach pozostają blizny, jako ślad przebytych zmian anatomicznych), to w sensie klinicznego wyzdrowienia, możności podjęcia pracy i t. p. I pod tym względem zdania ftizjologów są różne. Biorąc *gros* przypadków, nie stracił na aktualności aforyzm, wypowiedziany przed lat przeszło 70-ciu przez *Louis'a* (przyt. według *Sokołowskiego*, str. 169): „*la phtisie se termine presque toujours par la mort*", choć z drugiej strony nie brak głosów, iż suchoty płucne są uleczalne, a właściwie samouleczalne, i to we wszystkich swych okresach (*Grancher, Jacquerod, Sokołowski, S. Sterling*, przyt. wedł. *Dłuskiego)*. Podobnego zdania jest *Dumarest*: „*La guérison de la tuberculose est une création continue*". Nie może się również obecnie, w okresie stosowania *larga manu* odmy sztucznej i zabiegów, ją zastępujących, — nie może się również ostać w całej rozciągłości aforyzm *Stokes'a*, iż „wyleczenie suchot płucnych, daleko posuniętych, jest przypadkowem i nigdy nie zależy od metody leczniczej", bo np. słynny ftizjolog francuski *Rist* i uczeń jego *Naveau* (przyt. wedł. *Jaquelin'a)* stwierdzają 80% śmiertelności z suchot płucnych w przypadkach, które nadawały się do założenia odmy sztucznej, a w których odma ta z jakichkolwiek powodów założona nie była, gdy natomiast w podobnych przypadkach, *leczonych* zapomocą odmy sztucznej, śmiertelność wynosi 40%.

Z rokowaniem w suchotach płucnych łączy się kwestja *znaczenia rokowniczego jam płucnych*.

I tutaj różnią się poglądy badaczy, i gdy np. *Gräff* jest zdania, iż każda większa stara (t. j. nie powstała ostro z nacieku początkowego) jama pogarsza rokowanie, dając możność aspiracji prątków gruźliczych, zawartych w ścianach jamy, grożąc krwotokami z zawartych w ścianach jamy tętniaczków, zmniejszając powierzchnię oddechową płuc, grożąc powstawaniem samoistnej odmy piersiowej, warunkując zakażenie mieszane i możliwość zgorzeli płuc, i t. p., a co najważniejsze, nie ulegając nigdy samoistnemu wygojeniu, gdy dalej *H. L.* i *Lena R. P. Barnesowie* obliczają przeciąg życia chorych z jamami (1454 przyp.) u mężczyzn średnio na 16, u kobiet na 14 mies., *K. Dłuski* na zasadzie epikryzy badań 650 chorych jamowych (z jamami jawnemi w płucach gruźliczych) stwierdza niektóre przypadki przeżycia i wyleczenia się klinicznego trwające 20 i dłużej lat, a ponadto coraz częściej ostatniemi czasy podnoszą się głosy o samouleczalności jam gruźliczych (dawniejsze badania anatomo-patologiczne *Rindfleischa, Hansemanna, Naegeli'ego, Laénnec'a*, przyt. wedł. *Sokołowskiego;* badania nowsze głównie na danych roentgenologicznych oparte: zestawienie ob. w pracy *G. Lewina:* O samouleczalności jam gruźliczych w płucach).

W każdymbądź razie z punktu widzenia możliwości powstawania ostrych, wzgl. podostrych śmiertelnych powikłań przewlekłych suchot płucnych obecność jam ze względu na możność nagłych krwotoków, nagłej samoistnej odmy piersiowej, zgorzeli płuc, odoskrzelowych lub płatowych zachłystowych serowatych zapaleń płuc i t. p., uznana być musi za jeden z ważnych (ale, jak zobaczymy poniżej nie jedyny) z czynników, których obecność warunkować musi powstawanie ostrych śmiertelnych powikłań w przebiegu przewlekłych suchot płucnych.

Przed przystąpieniem do właściwego tematu chcielibyśmy rozważyć jeszcze, jakie są bezpośrednie *przyczyny zejścia śmiertelnego w przebiegu przewlekłych suchot płucnych*, bowiem wyjaśnienie tych przyczyn ułatwi zrozumienie mechanizmu powstawania zejścia śmiertelnego w gruźlicy płuc ostrej, względnie w ostrych śmiertelnych powikłaniach przewlekłych suchot płucnych.

Kwestji bezpośredniej przyczyn zgonu z powodu przewlekłych suchot płucnych poświęcił ostatnio bardzo treściwą pracę *A. Sattler* z oddziału profesora *J. Sorgo* w Wiedniu.

Wedle *Sattlera*, 4 być mogą powody bezpośrednie zejścia śmiertelnego w gruźlicy, wzgl. suchotach płucnych.

1) śmierć z powodu niewydolności serca *(mors per syncopem)*,
2) śmierć z powodu uduszenia się *(mors per asphyxiam, Lungentod)*,
3) śmierć z powodu porażenia ośrod-

ków mózgowych *(mors per cerebrum)*;

4) śmierć wskutek wyniszczenia *(mors per inanitionem)*.

Śmierć *sercowa* zdarza się *najczęściej* w przebiegu suchot płucnych. Powodem jej jest z jednej strony zwyrodnienie mięśnia sercowego naskutek stałego toksycznego uszkadzania jego, z drugiej zaś strony wzrost oporów mechanicznych dla serca prawego naskutek wyłączenia znacznej powierzchni płuc z czynności oddechowej, naskutek powstawania jam, w których niekiedy *ślepo* kończą się rozgałęzienia tętnicy płucnej, dalej naskutek rozedmy zastępczej, naskutek zrostów przemieszczenia serca, przesunięcia śródpiersia i t. p. Szczególniej zrosty opłucnowe, wzgl. całkowite zarośnięcia opłucnej, wyłączając możność rozszerzania się klatki piersiowej, a przeto możność wykonywania jej czynności ssącej, w znacznej mierze przyczyniają się do powstawania niewydolności serca prawego.

W genezie terminalnej niedomogi sercowej w jednych przypadkach (przy gruźlicy płuc ostrej) większą rolę odgrywa czynnik toksyczny; w przypadkach zaś przewlekłych i w suchotach płuc włóknistych większe znaczenie przypisać należy czynnikowi mechanicznemu i niestosunkowi między obciążeniem czynnościowem, a siłą zapasową mięśnia sercowego.

Dlategoteż końcowe obrzęki w przebiegu suchot płucnych, obrzęki, które są wyrazem niewydolności serca, posiadają tak niezmiernie złe znaczenie w rokowaniu w suchotach płucnych. Wedle *Perrina* i *Lacourta* pojawianie się obrzęków w końcowych okresach suchot płucnych uprawnia do przypuszczenia zgonu w ciągu najbliższych 2 — 3 tygodni. Pojawienie się zaś jednocześnie obrzęków na kiściąch rąk i twarzy lub też szybkie pojawienie się ich i znikanie — wskazuje na jeszcze bliższy termin śmierci [1]).

Niewydolność serca może w przebiegu przewlekłych suchot płucnych wystąpić również w sposób *ostry* (ob. poniżej przypadki kliniczne), jako *ostra* niedomoga serca prawego. W przypadkach tych nie dochodzi do tworzenia się znaczniejszych obrzęków, gdyż śmierć następuje w ciągu dni kilku.

Znamiennym natomiast objawem ostrej niedomogi serca prawego jest wedle *Sattlera* b. bolesny obrzęk wątroby, obrzęk, który znajduje swój odpowiednik anatomiczny w postaci znacznego przekrwienia zastoinowego w wątrobie, uległej ponadto nacieczeniu tłuszczowemu (steatosis). Ostra niedomoga serca w przebiegu suchot płucnych zdarza się rzadko, najczęściej dotycząc postaci suchot włóknistych, alboteż *Neumanowskiej* postaci suchot wrzodziejąco-włóknistych *(Phthisis ulcero — fibrosa)*.

Drugim bezpośrednim powodem śmierci w przewlekłych suchotach płucnych jest śmierć z powodu *uduszenia się (Lungentod, mors per asphyxiam)*.

Rozumie się, iż pewien czynnik niedomogi oddechowej istnieć musi we wszelkich postaciach posuniętych suchot płucnych, znajdując swój wyraz w toksycznem uszkodzeniu ośrodków oddechowych, w zubożenia krwi w O_2, wzmożeniu w niej zawartości CO_2 (naskutek zmniejszenia powierzchni oddechowej płuc). Przypadki te jednak pomijamy, gdyż w nich zahamowanie, wzgl. zmniejszenie czynności oddechowej płuc nie jest bezpośrednim powodem zejścia śmiertelnego, a *apparatus respiratorius* nie jest *primum moriens*.

Przechodzimy natomiast do tych przypadków, w których *nagle ostro* wyłączona zostaje z czynności znaczna powierzchnia płuc, wzgl. jednego płuca, warunkując niedostateczną przemianę gazową ustroju, co w wyniku ostatecznym prowadzi do szybkiego zejścia śmiertelnego. Nagle powstająca *odma piersiowa*, odma tem niebezpieczniejsza, iż występująca przeważnie w płucu *zdrowszem* (co na pierwszy rzut oka wygląda paradoksalnie, ale co wytłomaczymy poniżej); nagle występujący *gwałtowny krwotok płucny*, szczególniej krwotok, występujący w nocy u chorych, będących w pozycji leżącej, u chorych osłabionych, źle odpluwających, krwotok, w którym krew wydzielana poprzez rozgałęzienie tchawicy aspirowana jest do wnętrza drzewa oskrzelowego obydwu

---

[1]) Zaznaczyć dla ścisłości należy, iż wskazani autorzy francuscy łączą występowanie „końcowych obrzęków" w suchotach płucnych nie z niedomogą mięśnia sercowego, ale ze stanem charłacznym chorych. Słusznie jednak zaznacza *Sattler*, iż przy wysiękowych postaciach gruźlicy płuc wspomniane obrzęki występują, jako groźny znak rokowiczny, mimo iż w postaciach tych stan odżywienia chorych, jest całkowicie jeszcze dobry, i mowy niema o wyniszczeniu.

płuc aż do światła pęcherzyków płucnych; wreszcie nagle powstające i szybko wzrastające *wysięki opłucnowe* w późnych okresach suchot płucnych, wysięki t. zw. końcowe, *(terminale Exsudaten, Nyici)*, wysięki, cechujące się niezmiernie szybkiem zbieraniem płynu, — oto są powody nagłej śmierci per asphyxiam w przebiegu suchot płucnych.

Niektóre wyłuszczone powyżej twierdzenia wymagają pewnych wyjaśnień, tak np. zdanie, iż odma piersiowa samoistna występuje w płucu zdrowszem, zdanie na pierwszy rzut oka nielogiczne, jednak całkiem zrozumiałe przy bliższem rozważeniu kwestji: jeśli bowiem wziąć pod uwagę, iż w płucu, bardziej chorem, bardziej zmienionem, płucu, w którem zmiany gruźlicze trwają dłużej, siłą rzeczy wytwarza się większa ilość tkanki zbitej, bliznowatej, która niejako wzmacnia rusztowanie tego płuca, jeżeli wziąć dalej pod uwagę, iż w pewnych okresach suchot płucnych wskutek zmniejszania się odporności ustroju zaczynają w płucach powstawać procesy wysiękowe, które w myśl dopiero co wypowiedzianego twierdzenia o przewadze łączno-tkankowej w płucu chorem, — siłą rzeczy umiejscawiać się muszą w płucu zdrowszem, jeśli wziąć pod uwagę, iż wspomniane procesy wysiękowe łatwo ulegają rozpadowi, co przy ich umiejscowieniu się podopłucnowem doprowadzić musi do powstawania samoistnej odmy piersiowej, przeto stanie się rzeczą całkowicie jasną, iż właściwie płuco, mniej zmienione, płuco, które obejmowało *gros* czynności respiracyjnej, zostaje nagle naskutek powstawania odmy piersiowej wyłączone ze swej czynności, czego następstwem jest niedomoga respiracyjna, niedomoga tem wyraźniejsza, im większe były zmiany gruźlicze w płucu bardziej chorem lub też od tego, czy to bardziej chore płuco nie było również samoistnie (wysięk, ropniak opłucnej) lub też w celach leczniczych) (sztuczna odma piersiowa) wyłączone z czynności oddechowej.

Śmierć w przypadkach pierwotnego zawieszenia czynności oddechowej płuc następuje b. szybko i cechuje się w obrazie klinicznym — *drgawkami*, w obrazie anatomo-patologicznym — wybroczynami podopłucnowemi (jak przy uduszeniu).

Rozumię się, iż nie każdy przypadek odmy piersiowej samoistnej lub krwotoku płucnego prowadzi do śmierci z uduszenia: bowiem przy odmie samoistnej czynność oddechowa uledz może wyrównaniu, a śmierć nastąpi w ciągu dłuższego czasu po wystąpieniu odmy naskutek niewydolności serca (ob. przypadki kliniczne), alboteż również i warunki krążeniowe i zależne od nagromadzenia powietrza w opłucnej przesunięcie śródpiersia mogą się całkowicie wyrównać, i chory pozostaje przy życiu; w przypadkach zaś znaczniejszego krwotoku płucnego, nie uduszenie może być powodem śmierci, ale rozwijające się w następstwie krwotoku płatowe lub ogniskowe zachłystowe (podostro przebiegające) serowate zapalenie płuc.

Trzecim powodem zejścia śmiertelnego w suchotach płucnych jest *toksyczne porażenie ośrodków mózgowych*, czyli zejście takie, jakie następuje przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowych, w którem bezpośrednim powodem śmierci jest nie wzrastające ciśnienie wewnątrz-mózgowe, ale toksyczne zatrucie ośrodków w rdzeniu przedłużonym. Przypadki toksycznego porażenia ośrodków mózgowych w przebiegu suchot płucnych należą do stosunkowo rzadkich. Przypadki początkowego toksycznego podrażnienia opon mózgowych *(meningismus)* z następczem porażeniem ośrodków mózgowych są wyrazem klinicznym, obrzęk zaś mózgu jest wyrazem anatomopatologicznym toksycznego porażenia ośrodków mózgowych w przebiegu suchot płucnych.

Czwartym wreszcie powodem zejścia śmiertelnego w suchotach płuc przewlekłych jest *śmierć z wyniszczenia* cechująca się sekcyjnie zanikiem brunatnym (atrophia fusca) narządów wewnętrznych.

Rozumie się, iż śmierć z wyniszczenia, jako śmierć powoli, stopniowo odbywająca się, nie może odgrywać żadnej roli w mechaniźmie śmierci z powodu nagłych ostrych powikłań przewlekłej gruźlicy płuc.

Przystępując do działu klinicznego, który służyć ma do zilustrowania przykładami występowania ostrych śmiertelnych powikłań w przebiegu przewlekłych suchot płucnych, chcę zaznaczyć, iż korzystałem z materjału klinicznego męskiego oddziału gruźliczego Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie z lat 1925 — 1929. Korzystanie wyłącznie z męskiego mater-

jału w stosunku do występowania ostrych śmiertelnych powikłań przewlekłych suchot płucnych ma tę cechę ujemną, iż nie pozwala stwierdzić wpływu na występowanie wskazanych powikłań ciąży, porodu, połogu, karmienia, miesiączkowania, jako atrybutów fizjologicznych płci żeńskiej, wpływających prawdopodobnie drogą układu nerwowego wegetacyjnego, wzgl. drogą korelacji czynności narządów dokrewnych, — na stan allergiczny ustroju, a przeto mogących być momentem propagujących, wywołującym ostre powikłania przewlekłych suchot płuc.

Chciałbym dalej zaznaczyć, iż w miarę możności wybierałem materjał, sprawdzony badaniem sekcyjnem.

Wreszcie chciałbym podkreślić, iż jak wynika z przytoczonych poniżej historyj choroby, wiele z opisanych przypadków suchot płucnych wykazywało przed okresem wystąpienia ostrego powikłania suchoty o przebiegu łagodnym, przewlekle postępującym, wzgl. nawet stacjonarnym a niektórzy z chorych pracowali do ostatniej prawie chwili przed dołączeniem się ostrego powikłania suchot przewlekłych.

Przechodzimy do opisu przypadków, trzymając się nakreślonego na wstępie planu.

A więc I. *ostra niedomoga mięśnia sercowego.* Typowych przypadków niedomogi *ostrej*, która by się kończyła zejściem śmiertelnem w ciągu kilku godzin i przebiegała z silnemi bólami w okolicy wątroby, przypadków, na które zwraca uwagę *Sattler*, nie mieliśmy, mieliśmy natomiast przypadki *podostre*, przypadki z tego punktu widzenia znamienne, iż niedomoga serca występowała nagle, bez żadnych wyraźniejszych objawów zwiastunowych i w ciągu kilku — kilkunastu dni, nie powodując obrzęków lub też z obrzękami b. nieznacznemi, wywoływała zejście śmiertelne.

1. *Antoni S., l. 26*, konduktor kolejki, L. K. szp. 5648/1927. Przed 7 mies. lewostronne wysiękowe zapalenie opłucnej. Następnie poprawa. Od 3 mies. osłabienie, poty nocne, kaszel. Nieznaczny stan podgorączkowy, mimo to chory pracował aż do przybycia do szpitala. Kilka dni przed wstąpieniem do szpitala silna coraz bardziej wzmagająca się duszność przy chodzeniu i leżeniu. Stan podmiotowy (4/I. 1927): Sinica obwodowych części ciała (uszy, wargi, paznokcie); wybitna duszność, tętno 116‘, miękkie, małe. Granica prawa stłumienia sercowego przesunięta (na linji mostkowej prawej), granica górna — w II-em międzyżebrzu. Tony głuche. Objawy zrostów w opłucnej lewej oraz nacieczenia górnych ⅔ obu pól płucnych. Wątroba bolesna, wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego. Prątków Kocha w plwocinie nie wykryto. Zejście śmiertelne na 9-ty dzień pobytu chorego w szpitalu wśród objawów wzmagającej się duszności i sinicy.

Wynik badania sekcyjnego (prosekt. Dr. J. Dąbrowska):

Concretio pleurae utriusque. Adhaesiones pleurarum cum pericardio. Tuberculosis acinoso — nodosa pulmonis utriusque et cavernosa lobi super. pulm. dextri. Hypertrophia excentrica cordis dextri. Venostasis hepatis et renum. (protokuł sekcyjny przytoczony w skróceniu).

W przypadku omawianym zarośnięcie obu opłucnych obok zrostów osierdziowo-opłucnowych było przyczyną nagłego wystąpienia niedomogi serca.

Przypadek drugi, zasadniczo podobny jest do wyżej omawianego.

2) *Jan W.*, lat 41, posterunkowy P. P. K. szp. 2244/1928. W lipcu 1926 prawostronne wysiękowe zapalenie opłucnej oraz nacieczenie gruźlicze obu szczytów. Chory wypisany z poprawą 21.VIII. 1926. W listopadzie 1926 objawy wysięku opłucnowego lewostronnego (płyn krwawy). W tym samym czasie wykryto w plwocinie liczne prątki Kocha, które następnie w czasie pobytu chorego w szpitalu znikły. Chory wypisany z poprawą 10.III. 1927, poczem po pobycie w sanatorjum w Otwocku zaczął pracować. Stan taki trwał do lipca 1928 roku, kiedy to stan ogólny chorego uległ pogorszeniu: zaczął się kaszel, osłabienie ogólne, stan podgorączkowy. Dwa dni przed przybyciem chorego do szpitala silna duszność, nieznaczny obrzęk podudzi. Przywieziony do szpitala w stanie ciężkim: duszność, sinica twarzy, uszu, warg, obrzęk stóp i poudzi. Tętno 120 — 130‘. T° 37°1. W płucach objawy obustronnych zrostów opłucnowych i nacieczenia górnych płatów obydwu płuc. Tony serca głuche, granice prawa — w połowie mostka. Wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego, bolesna. Śledziona nienamacalna.

W moczu: ślad białka, dość liczne wałeczki ziarniste i hyalinowe, c. gat. 1020.

Zejście śmiertelne w 2 dni po przybyciu do szpitala.

I w tym przypadku obustronne zrosty opłucnowe były przyczyną nagłej niewydolności mięśnia sercowego, która doprowadziła do zejścia śmiertelnego.

II. *Samoistna (samorodna) odma piersiowa* jest powikłaniem dość częstem: według *Eichhorsta* występuje ona w 6% przypadków gruźlicy płuc, według *Leydena* w 10%, według *Szczepańskiego* w 5% (przyt. wedł. *Szczepańskiego). Maksimczyk* na zasadzie statystyki 1300 przypadków przytacza niższy odsetek = 1,7%. W każdymbądź razie wystąpienie samoistnej odmy piersiowej jest powikłaniem tak niezmiernie ważnem, iż zawsze o niem w przebiegu suchot płucnych pamiętać należy, a *Szczepański* wskazuje, iż „każde nagłe po-

gorszenie wśród przebiegu gruźlicy płuc powinno zwrócić uwagę lekarza, czy niema odmy". Wspomniany zaś *Maksimczyk* zwraca uwagę, iż odmę piersiową samoistną poznaje się zbyt rzadko i że każdy ból w klatce piersiowej u osobnika z suchotami płucnemi świadczyć może o powstaniu samorodnej *otorbionej* odmy piersiowej.

Przechodzimy do naszych przypadków.

Przypadek 1-szy znamienny jest przez to, iż wystąpił zupełnie nagle u osobnika z suchotami płuc serowato-włóknistemi o przebiegu *stacjonarnym:*

1. *Kazimierz P.*, l. 25, posterunkowy P. P. L. k. szp. 4350/1928. Chory na płuca od lat 4 (t. j. od roku 1924). W kwietniu 1925 wykryto w plwocinie pojedyńcze prętki kwasoodporne. Kilkakrotny pobyt w sanatorjum w Otwocku. Kilka razy nawracające krwotoki płucne. Przemijające znikanie prątków Kocha z plwociny i całkowite ich ustąpienie od początku roku 1928. Rozp. kliniczne: *Phthisis pulmonum declarata fibrocaseosa chronice progrediens*, a od czerwca 1928 stan stacjonarny; przybieranie na wadze, stan bezgorączkowy, chory podjął pracę zawodową.

6.XII. 1928 chory nagle bez żadnych objawów premonitorycznych uczuł silny ból, jakgdyby pęknięcie w okolicy prawej łopatki. Duszności początkowo nie odczuwał, następnie zaś duszność się wzmogła i chory przywieziony został do szpitala, w którym dnia 8.XII. 1928 stwierdzono: b. wybitną sinicę, duszność, tętno miękie, szybkie, ledwo wyczuwalne (160'); nad górną połową płuca prawego odgłos bębenkowy, oddech dzbanowy, drżenie głosowe zniesione.

Granica serca (i uderzenie koniuszkowe) przesunięte w lewo. Tony serca głuche. Rozpoznanie: *samoistna odma piersiowa otwarta.* Przy nakłóciu opłucnej z sykiem wydobywa się powietrze (co potwierdza rozpoznanie).

Śmierć na 11-y dzień pobytu chorego w szpitalu wśród wzrastających objawów niedomogi serca, duszności i sinicy.

Przypadek omawiany jest tragiczny w swej grozie, gdyż dotyczy przypadku suchot płucnych niepostępujących i dowodzi, jak ostrożnym być należy w rokowaniu przy suchotach płuc.

Przypadek 2-i, należy do częstych i dotyczy chorego *Wacława B.*, l. 27, bezroboczego, L. K. szp. 2794/1927 z rozpoznaniem klinicznem: *Phthisis pulmonum consumptiva fibrocaseosa subacute progrediens*, u którego nagle wystąpił silny ból w boku lewym z równoczesną dusznością. Objektywnie: przytłumienie i zniesienie oddechu w dolnej części płuca lewego, powyżej przytłumienia wypuk bębenkowy. Rozpoznanie: Sero (pyo ?) pneumothorax sin.

Zejście śmiertelne dnia następnego.

Wynik badania sekcyjnego (13/IX) Adhaesiones restiformes pleurae dextrae. Tuberculosis cavernosa lobi superioris dextri et acinoso-nodosa lobi medii et inferioris pulmonis dextri. Seropneumothorax sin. Collapsus totalis pulmonis sin.

Przypadki, podobne do omawianego, należą do przypadków banalnych, w których dołączanie się odmy samoistnej przyśpiesza zejście śmiertelne.

III. *Krwotoki płucne.*

1. Przypadek śmierci nagłej w następstwie gwałtownego krwotoku:

Chory *Adam S.*, l. 27, poster. P. P. L. K. szp. 3624/1924. Rozpoznanie kliniczne: *Phthisis pulmonum fibrocaseosa consumptiva subacute progrediens*, powikłana odmą ropno-powietrzną lewostronną (jako następstwem sztucznej odmy piersiowej) oraz gruźlicą jelit 25/II. 1925. Nagła śmierć w nocy w następstwie b. dużego krwotoku, który dzień przedtem poprzedził krwotok mniej gwałtowny (½ szklanki krwi).

W przypadku omawianym śmierć nastąpiła wskutek zaduszenia się aspirowaną krwią.

2) Przypadek drugi należy do zdarzających się częściej, jest to śmierć z podostrej (ostrawej) gruźlicy płuc, jako następstwa wewnątrz-oskrzelowej aspiracji prątków gruźliczych w czasie trwania i po krwotoku płucnym.

Chory *Tadeusz K.*, l. 24, uczeń ślusarski, L. K. szp. 6600/1927, 5/III. 1927 krwioplucie, początkowo nieznaczne następnie zaś wzmagające się (krwotok płucny). Chory od 4 — 5 tygodni: od tego czasu odczuwa ziębienie (dreszcze) oraz gorączkę. Przed obecną chorobą rzekomo zupełnie zdrów. Krwioplucie ustało po 4-ch dniach pobytu chorego w szpitalu, ale rozwinęły się objawy odoskrzelowego serowatego zapalenia płuc w dolnym płacie prawym.

Zdjęcie klatki piersiowej 19/III. 1927: W prawem polu płucnem bardzo liczne ogniska cieniowe, które na wysokości łopatki skupiają się w jedno większe zacienienie. Ruchy oddechowe prawej połowy przepony znacznie osłabione. W lewem polu płucnem widać jedynie wzmożenie cienia wnęki. Cień serca prawidłowy (Roentgenolog: Doc. Dr. Z. Grudziński).

Wobec jednostronności zmian i podostrego charakteru procesu choremu założono prawostronną odmę sztuczną.

Zejście śmiertelne na 35 dzień pobytu chorego w szpitalu wśród objawów wzrastającej niedomogi mięśnia sercowego.

Protokół sekcyjny: Degeneratio parenchymatosa myocardii. Dilatatio ventriculi dextri cordis. Pneumothorax dexter. Collapsus pulm. dextri. Peribronchitis tuberc. caseosa et bronchopneumonia caseosa lobi infer. pulm. dextri. Cavernae lobi sup. pulm. dextri. Tuberc. acinoso-nodosa pulm. sin. Emphysema vicariens pulmonis sin. Anaemia et infiltratio adiposa hepatis. Tumor lienis subacutus.

W przypadku omawianym jamy w płacie górnym prawym, jamy utajone (nieme), niedające się wykryć ani badaniem klinicznem, ani też roentgenologicznem były powodem zarówno krwotoku, płucnego, jak i następczego podostrego serowatego ogniskowego zapalenia płatu dolnego płuca prawego.

Rozumie się, iż podostra gruźlica dołączyć się może do suchot płuc przewlekłych

nie tylko w następstwie krwotoku, ale i w następstwie rozsiewania się drogą oskrzeli przy kaszlu dużej ilości materjału zakaźnego (prątków) („*Hustenstreuung groben Korn*“ *Loeschke)* z rozpadających się ognisk (nacieczeń) szczytowych.

Zresztą objawy podostrej (wysiękowej) gruźlicy w postaci bronchopneumonia gelatiniformis, bronchopneumonia gelatiniformis in caseosam vertens, bronchopneumonia caseosa et peribronchitis tuberculosa caseosa spotykamy sekcyjnie b. często w przypadkach *obostrzeń* suchot płucnych i w phthisis pulmonum (declarata, consumptiva) *acute* progrediens.

O tych to powikłaniach w odniesieniu do okresów końcowych przewlekłych suchot płucnych mówi *K. Dąbrowski*, iż uznane być one muszą za dobroczynne dla cierpiącego suchotnika, jako skracające mu długą agonję.

IV. *Gruźlica prosówkowa* w uogólnionej swej postaci zdarza się rzadko w przebiegu suchot płucnych przewlekłych.

Zresztą, zdaniem *Huebschmanna*, do gruźlicy prosówkowej nie może dojść, o ile zmiany gruźlicze są rozległe i czynne, przeważnie gruźlica prosówkowa występuje wobec zmian nieznacznych lub uważanych makroskopowo za wygojone (przyt. wedł. *J. Żeligowskiej)*.

1) Chory *Szczepan D.*, l. 25, stolarz, L. K. szp. 4601/1926. Choruje przeszło od roku. Objawy: kaszel, odpluwanie, kłócie w klatce piersiowej, osłabienie ogólne, stany podgorączkowe. *Objektywnie:* nad obu płatami górnemi stłumienie, wzmożenie drżenia głosowego i piersiowego, oddech b. szorstki, zbliżony do oskrzelowego. W plwocinie obecne dość liczne prątki *Kocha* (5.X. 1926). 28.XI. 1926, czyli po przeszło miesięcznym pobycie chorego w szpitalu — pogorszenie: nagły podskok ciepłoty do 39°0' i od tego czasu gorączka nabiera charakteru *continua*, by koło 10.XII. przejść w typ gorączki hektycznej. Duszność.

Radjoskopja klatki piersiowej (13/XII. 26). Oba pola płucne prawie na całej przestrzeni zajęte ogniskami cieniowemi o dość silnem natężeniu zlewającemi się ze sobą. Najwięcej ognisk ześrodkowuje się w pobliżu łuku aorty. Przepona po obu stronach ograniczona silnie w swych ruchach, wykazuje wyraźne cechy zrostów. Cień serca przesunięty wlewo.

18.XII. Nagły silny ból w boku lewym, (bez wyraźniejszych objawów objektywnych). Duszność wzrasta. Sinica rąk i twarzy tętna miękkie, 120'. Stan ciężki. 19.XII chory zmarł.

Wynik badania sekcyjnego. Tuberculosis cavernosa lobi super. pulmonis utriusque. Tuberculosis miliaris pulmonum, lienis, hepatis, renum. Peritonitis tuberculosa adhaesiva. Tuberculosis ceseosa glandularem mesenterii. Concretio plaeurae utriusque. Hypertropia excentrica ventriculi dextri cordis. Anaemia myocardii.

Przypadki gruźlicy umiejscowionej w *miękkich oponach mózgowych* stosunkowo często wikłają suchoty płuc przewlekłe, choć nie tak często jak gruźlicę chirurgiczną. *Hübschmann*, rozpatrując genezę prosówki uogólnionej i prosówki umiejscowionej w pewnych narządach, wskazuje, iż do powstania prosówki niezbędne są 2 czynniki: 1) jeden czynnik *mechaniczny* — przedostanie się do krwi czynnych, wysoce zjadliwych prątków (boć nie każdy wysiew prątków do krwi, jak tego dowodzą nowsze badania, szczeg. szkoły prof. *Loewensteina*, doprowadzają do powstawania prosówki; przeciwnie bacteriaemia gruźlicza — wysiewy, jakby się chciało nazwać „płonne“, są zjawiskiem banalnem w życiu gruźlika), 2) czynnik pewnej skłonności, *(dispositionell)*, pewnego niejako powinowactwa do prątków gruźliczych, powinowactwa najczęściej wyrażonego w oponach mózgu.

Prof. F. Groër słusznie podkreśla, iż przy gruźlicy prosówkowej pierwotną rolę odgrywa stopniowy upadek oporu ustroju, wtórną zaś wysiew prątków w narządach, stąd przyczyny śmierci szukać należy „w upadku sił obronnych, a nie w trującem działaniu uogólnionej do ostatecznych granic gruźlicy“.

Przechodzimy do naszych przypadków klinicznych gruźliczego zapalenia opon mózgowych w przebiegu suchot płucnych:

1) chory *Antoni Ch.*, l. 46, bezroboczy, L. K. szp. 4050/1928. Chory od 1½ roku. Rozp. kliniczne: *Phthisis pulmonum fibrocaseosa declarata subacute progrediens.* 5.XII. 1928. Silne bóle głowy w okolicy potylicy lewej. Przemijająca afazja[1]). 7.XII. Stracił nagle w nocy przytomność. Stan ogólny ciężki. Wymioty. 9.XII. Polepszenie. Mowa powróciła. 10.XII. Znów pogorszenie, wymioty, mało przytomny. Sztywność karku bardzo nieznaczna. Nakłócie lędźwiowe: płyn wodojasny, w osadzie limfocyty. 16.XII. 31 *mors.*

Protokuł sekcyjny: Leptomeningitis basilaris fibrinosa tbc. Hydrocephalus externus et internus. Ependymitis granularis. Tubercul. acinosonodosa pulmonum. Cavernae apicum pulmonis utriusque.

[1]) Na znaczenie występowania przemijającej afazji, jako objawu premonitorycznego gruźliczego zapalenia opon mózgowych np. w przebiegu gruźlicy chirurgicznej zwraca specjalną uwagę prof. *Schlesinger.* Objaw ten często poprzedza wszelkie inne objawy oponowo-mózgowe.

2) *Wacław Z.*, l. 23, praktykant ślusarski, L. K. szp. 1083/1928. Chory od roku. Przybył z krwotokiem płucnym (18.V.1928). Rozpnoz. klin. *Phthisis pulmonum fibrocaseosa declarata chronice progrediens.* W czasie pobytu w szpitalu pogorszenie objawów miejscowych: wystąpienie rzężeń pod obojczykiem lewym (30.6.1928). 7/7.28 b. intensywne bóle głowy, sztywność karku, *Kernig.* Nakłócie lędźwiowe: płyn m. rdz. przezroczysty. Nonne Appelt + Białka — 0,6%. W osadzie siateczka włóknika, zawierająca liczne limfocyty. Prątków Kocha nie wykryto. Rozp. klin. *Meningitis basilaris.* Zejście śmiertelne na 12-y dzień od wystąpienia objawów oponowych.

Przypadki powyższe dowodzą raz jeszcze, jak trzeba być ostrożnym w rokowaniu w suchotach płucnych.

V. *Wysięki opłucnowe* w końcowych okresach suchot płucnych zdarzają się rzadko, ponieważ w tych okresach, w przeważnej ilości przypadków, opłucna traci już zdolność reagowania wysiękiem na bodźce zapalne, działające drażniąco na jej powierzchnię. Wysięki te, jak już wspomniano, cechują się b. szybkiem narastaniem płynu w opłucnej i prowadzą do śmierci *per asphyxiam.*

1) Chory *Antoni M.*, l. 26 farbiarz, L. K. szp. 1211/1928. Choruje od roku. Rozpozn. kliniczne: *Phthisis pulmonum fibrocaseosa declarata subacute progrediens.* 6.VI. 1928. Nagły silny ból w boku prawym. Duszność. Objawów odmy, ani płynu w opłucnej nie stwierdza się. 7/VI. 1928. Duszność wzrasta. Ból w boku nadal dotkliwy. Objawy wysięku opłucnego, potwierdzonego nakłóciem (płyn surowiczy). Zejście śmiertelne tegoż dnia wśród wzrastającej duszności, mimo wypuszczenia koło litra płynu z opłucnej.

Protokuł sekcyjny: Pleuritis exsudativa dextra. Tubercul. acinoso-nodosa pulm. sin. Peribronchitis tuberc. caseosa et broncho-pneumonia gelatiniformis partim caseosa pulmonis dextri. Tuberc. cavernosa loborum super. pulm. utriusque. Adhaesiones pleurae utriusque. Tumor lienis subacutus (skrót).

W przypadku omawianym ostry, (a właściwie podostry), wysiękowy proces w płucu prawem doprowadził do wysięku w opłucnej prawej, który na skutek równoczesnych zmian w miąższu obu płuc (szczeg. w płucu prawem) doprowadził do ostrej niedomogi oddechowej i śmierci z uduszenia.

VI. *Z innych ostrych powikłań* przewlekłych suchot płucnych *Sokołowski* przytacza możliwość zejścia śmiertelnego: 1) wskutek przedostania się powietrza do żył podczas krwotoku płucnego, 2) wskutek zatoru tętnicy płucnej w razie zakrzepu żył kończyn, 3) wskutek zakrzepu tętnicy mózgowej, 4) wskutek raptownej znacznej niedokrwistości ośrodków nerwowych w razie istniejącej już i tak niedokrwistości.

Z przypadków tych mieliśmy (L. K. szp. 2361/1926) u młodego 26-letniego telefonisty z *Phtisis pulmonum fibrocaseosa declarata subacute progrediens* zejście śmiertelne wśród objawów prawostronnego porażenia połowicznego z afazją ruchową. Przypadek klinicznie niejasny: przypuszczamy zator tętnicy rowka Sylwjusza (autopsji nie wykonano, zmian zastawkowych w sercu, zakrzepów w kończynach klinicznie nie stwierdzono, odczyn Wa we krwi ujemny; ciśnienie krwi 115/70 *Pachon).*

Wnioski:

Wśród dynamicznej walki ustroju z zakażeniem gruźliczem, walki między uczuleniem a odpornieniem, walki, której, jak przytaczamy za *Dłuskim*, odporność ustrojowa uledz może: 1) *złamaniu* na początku choroby (najdalej w ciągu 3 miesięcy), 2) *ugięciu* w ciągu 3 — 6 mies. od początku choroby ze zwrotem pomyślnym lub nie, 3) odporność wykazywać może wahania *faliste* od 6 mies. do kilkudziesięciu lat ze zwrotem ostatecznym pomyślnym lub nie i wreszcie 4) odporność pozostawać może mniej więcej w stanie *równości (status quo)*, (przyt. wedł. Dłuskiego: „O jamach jawnych w płucach gruźliczych"), otóż w tej walce ustrojowej nigdy nic przewidzieć nie można, a przeto zawsze trzeba być przygotowanym, czy to na możność obostrzenia miejscowych zmian w płucach, czy też, na wystąpienie ostrego, śmiertelnego lub w pomyślniejszych przypadkach tylko pogarszającego stan ogólny powikłania suchot płucnych. Przewidzieć ani zapobiec wskazanym powikłaniom przy dotychczasowym stanie wiedzy o suchotach płucnych nie jesteśmy w stanie; rozpoznać zaś je można, gdy wystąpią lub się zarysują, tylko na zasadzie dokładnej obserwacji klinicznej wraz z wykorzystaniem wszelkich dodatkowych metod badania roentgenologiczno - laboratoryjnego.

ZRÓDŁA PIŚMIENNICZE.

Barnes Harry L. and Lena R. P. *Barnes:* The duration of life in pulmonary tuberculosis with cavity. Amer. Rev. Tbc. 18, 412-424 (1928). Streszczenie w Zbl. f. ges. Tbcforsch. Tom 30, str. 607.

Dąbrowski K. Symptomatologja gruźlicy płuc w „Gruźlica i jej zwalczanie" W-wa. 1927 Str. 181 — 196.

Dłuski K. O jamach jawnych w płucach gruźliczych (650 jamowych). W. Cz. L. 1929. N. 1—4.

Dłuski K. Rokowanie w gruźlicy płuc w „Gruźlica i jej zwalczanie" W-wa, 1927. Str. 268 — 296.

Gräff S. przyt. wedł. streszcz. w Medyc. 1928 N. 25, Str. 506.

Groër F. Gruźlica u niemowląt w „Gruźlica i jej zwalczanie" W-wa 1927. Str. 537 — 551.

Jaquelin A. Le pronostic de la tuberculose pulmonaire. Le Journ. med. fran. 1929. N. 10. Str. 358 — 372.

Lewin G. O samouleczalności jam gruźliczych w płucach W. C. L. 1931. N. 49 — 50.

Maksimczuk M. Samoistna odma piersiowa. Wopr. Tuberk. T. III, 2/1928.

Neumann W. Die Lebensaussichten bei und nach tuberkulöser Lungenaffektionen. Die Aerztl. Prax. H. 2. 15. II. 1929.

Perrin M. i Lacourt M. według streszcz. w Medyc. 1928, N. 8, Str. 161.

Raih Desider. Die miliaris acuta universalis in Puerperium, przyt. wedł. Zbl. f. d. ges. Tbcforsch. Bd. 30. H. 7/8. Str. 439.

Sattler A. Der Tod an chronischer Lungentuberkulose. W. K. W. 1931 N. 32 Str. 1018-1021.

Schlesinger H. Krankheiten der Meningen. Path. und Ther inner. Krankh. T. X. cz. 2. 1924.

Simon Redeker. Praktisches Lehrbuch der Kindertuberkulose 1926.

Sokołowski A. Nauka o suchotach płucnych. W-wa. 1928.

Sterling S. Suchoty płuc pospolite. W-wa 1921.

Sterling S. Przebieg gruźlicy płuc i jej podział w „Gruźlica i jej zwalczanie" W-wa 1927. Str. 217 — 237.

Sterling S. Gruźlica płuc, a suchoty płuc. Now. Lek. 1929 N.22.

Szczepański Z. Odma opłucna samorodna w „Gruźlica i jej leczenie" W-wa 1927. Str. 687-713

Żeligowska J. Patogeneza gruźlicy prosówkowej. Medycyna Warszaw. 1930. N. 5. str. 152-155.

Połączenie cryogenine z salicylanem sodu

podał

DR. POURREYRON.

Od dawna łączę Cryogénine z Salicylanem sodu i uważam połączenie to za lepsze od innych jak np. połączenie antypiryny z salicylem.

Zalety. Połączenie to działa w tych przypadkach, w których sam związek salicylowy nie działa zupełnie, lub przynajmniej bardzo mało. Cryogénine zwiększa działanie salicylu i pozwala na osiągnięcie wyniku leczniczego przy dawkach salicylu zazwyczaj niedostatecznych, jeśli są użyte same. W ten sposób, dzięki temu połączeniu, czy też właśnie dzięki małym dawkom unika się nietolerancji względem salicylu.

We wszystkich tych przypadkach, w których salicyl jest skuteczny, Cryogenine wzmacnia wybitnie jego działanie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe.

Pomysł tego połączenia został mi podany przez artykuł w Avenir Médical, nazwiska autora jednak nie pamiętam.

Receptura i dawkowanie. Skład zwykły mieszanki słabej jest następujący:

Salicylan sodu	15 — 20 gr.
Cryogenine	5 „
Syrop pomarańczowy	300 cc.

Przepisując dziennie 3 łyżki stołowe tego roztworu, podajemy choremu 2 — 3 gr. salicylanu i 0,70 gr. Cryogenine. Jest to dawka stosowana w lekkich przypadkach. Cryogenine wskutek swej nierozpuszczalności osadza się na dnie flakonu, lecz po jego wstrząśnięciu tworzy rodzaj zawiesiny. Taka mikstura nie może być określona jako zupełnie poprawna, lecz można otrzymać rostwór prawdziwy przezroczysty, rozpuszczając Cryogenine przy temperaturze nieco podwyższonej w mieszaninie 25 gr. alkoholu 60° i 25 gr. gliceryny, przed dodaniem do syropu z salicylem, co odpowiada:

Cryogenine	5 gr.
Salicylan sodu	15 — 20 gr.
Alkohol 60° i gliceryna aa	25 gr.
Syrop pomarańczowy Q. s. do	300 cc.

Można w tem połączeniu zwiększyć ilość salicylu do 30 lub 40 gr. zachowując tę samą ilość Cryogenine. W ten sposób dzienna dawka Cryogenine wyniesie 1 gr. a salicylu 4, 5, 6 lub 8. jeśli się przepisze 4 łyżki stołowe z wodą alkaliczną po jednej przy każdym posiłku, lub 6 łyżeczek, po jednej na ½ godziny przed niewielkim posiłkiem złożonym z djety mlecznej lub ścisłej.

Receptura pozostaje ta sama we wszystkich przypadkach, zmieniają się tylko dawki salicylu i sposób użycia.

Wskazania i wyniki. Przepisuję dawki słabe w nieokreślonych bólach wielostawowych, także przy obecności lekkiego obrzęku, w dolegliwościach, po ostrych napadach spowodowanych nadmierną ilością kwasu moczowego we krwi lub dną, we wszystkich nerwobólach bliżej nieokreślonych, jak lumbago, ischias.

Polepszenie znaczyna występować po 2 dniach i jest zupełnie wyraźne po 4 dniach. Jeżeli i po tym terminie nie występuje poprawa, oznacza to, że dalsze leczenie salicylowe jest bezskuteczne i nie da wyników. Dla zupełnego wyleczenia kuracja powinna trwać przynajmniej przez 3 tygodnie; odsetek wyleczeń waha się lecz wynosi około 70%.

Często miałem możność stwierdzenia, że chorzy sami zwracali się do apteki o powtórzenie lekarstwa, co jest najlepszym dowodem skuteczności tego leku. Jest rzeczą oczywistą, że leczenie to nie daje wyników w zapaleniu nerwów na tle cukrzycy, białkomoczu, kiły lub alkcholizmu, gdzie należy stosować leczenie przyczynowe. Połączenie salicylat sodu — Cryogenina zawodzi w zapaleniu nerwów zębowych lub nierozpoznanej gruźlicy kostnej, lecz właśnie te wyniki ujemne mogą naprowadzić na właściwe rozpoznanie.

Nawet w gośćcu zniekształcającym można otrzymać w 20% przypadków wybitną poprawę ze zmniejszeniem obrzęków i bólu oraz zatrzymaniem dalszego rozwoju choroby.

Najbardziej dodatnie wyniki, jakie otrzymałem, odnoszą się do przypadków ostrego gośćca stawowego. Wszystkie leczone przypadki dały pomyślny rezultat, lecz liczba ich jest zbyt mała, żeby się można na nich oprzeć i uważać za dowód niezbity.

W tych wypadkach używam dawek mocnych, ale nigdy nie przekraczam 6 gr. dziennie, nawet w przypadkach wyjątkowo ciężkich.

Uważam, że byłoby wskazane stosowanie tego sposobu leczenia w większej liczbie przypadków, na większym materjale, aniżeli tym, którym rozporządzać może lekarz praktyk.

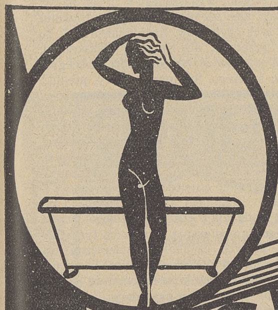
Spostrzeżenia.

1) Chory, młody żołnierz, nabawił się podczas służby ostrego gośćca. Pomimo wysokich dawek salicylu, dochodzących do 16 gr., zostaje po 2 miesiącach uznany za rekonwalescenta z ustępującym wysiękiem w lewej opłucnej i zapaleniem wsierdzia, które leczyłem wlewaniami arsenobenzolu. Nastąpił jednak wkrótce poważny nawrót: wysoka gorączka ,bóle w stawach, białkomocz, zapalenie wsierdzia i osierdzia oraz obustronny wysięk w opłucnych. Z lewej strony, pod i nad wysiękiem, rzężenia grubobańkowe wskazujące na przekrwienie. Chory blady, obrzękły, ciężko dyszący z tętnem drobnem, nie dającem się zliczyć. Otrzymuje wzrastające dawki pропidonu, 1 gr. Cryogenine, salicylu 6 gr. potem 4 gr. dziennie i środki nasercowe. Po dwu dniach zmniejszenie bólów stawowych, po 5 dniach ustąpienie wysięku. Po 3 tygodniach zupełne wyleczenie, dotychczas się utrzymujące. Zwolniony z wojska wskutek uszkodzenia zastawki dwudzielnej, które istniało jeszcze przed moim leczeniem.

2) Chory lat 28 przechodził dawniej silny napad gośćca, wyleczony salicylem. Przed dwoma laty, podczas służby wojskowej, nawrót z zapaleniem wsierdzia. Zwolnienie ze służby z pensją. W tym roku znów gorączka, bolesne obrzmienie stawów, wielopostaciowa wysypka, przypominająca szkarlatynę na ciele, twarzy i w jamie ustnej, hemoliza i krwiomocz. Poprawa po dwu dniach po użyciu 6 gr. salicylu i 1 gr. Cryogenine. Po trzech tygodniach chory powrócił do pracy.

3) Zwykły klasyczny przykład: nawrót ostrego gośćca stawowego. Chory w wieku lat 40. Poprawa po 3 — 4 dniach po użyciu 5 gr. salicylu i 1 gr. Cryogenine. Wyleczenie po 3 tygodniach.

4) Dobre wyniki otrzymano w przypadku początkowego wysięku surowiczo włóknistego gruźliczego, mianowicie zmniejszenie temperatury i zatrzymanie dalszego rozszerzania się wysięku, który uległ potem wessaniu pod wpływem drobnych dawek teobrominy.



Kilka uwag o opoterapji

Nie chcemy tutaj powtarzać tego, co już tyle razy było mówione o historji opoterapji. Wszystkim znane są znakomite wyniki tej metody, lecz zdaje się, że w chwili obecnej, po długim okresie zasłużonego powodzenia, usprawiedliwionego świetnemi rezultatami, daje się zauważyć reakcja, która stara się zredukować do minimum wartość organoterapji.

Czy nie należy poszukiwać przyczyny tej reakcji w stosowaniu preparatów opoterapeutycznych w przypadkach, nie nadających się zupełnie do opoterapji? Są przecież lekarze, którzy w jakichkolwiek zespołach chorobowych stosują wyciągi z narządów czy też gruczołów zupełnie na ślepo, przypominając sobie być może w głębi duszy zdanie, wypowiedziane podczas znanej rzezi: „Pan Bóg pozna swoich".

Istotnie należy wierzyć za bardzo w dobre chęci przyrody, przypuszczając, że zależy jej tylko na tem, aby zrobić sprawiedliwy podział różnych składników opoterapeutycznych, wchodzących w skład złożonego preparatu. Tak jakby geniusz życia, ze strachu przed próżnią, spowodowaną brakiem czynności, tego czy innego narządu, wzywał do wypełnienia tego braku odpowiednią część składową wyciągu leczniczego, zastosowanego na los szczęścia i bez właściwej miary.

Opoterapja to sposób leczenia stary jak świat, choć dopiero ostatnio stała się sposobem „modnym" i mogła się rozwinąć i znaleźć szerokie zastosowanie dopiero dzięki ścisłym i gruntownym badaniom w pracowniach farmakologicznych; jednak w bardzo wielu przypadkach była i jest teraz stosowana przez umysły średniowieczne.

Wielu z pośród lekarzy nie zna tych wszystkich możliwości, które daje lekarzowi praktykowi rozumne stosowanie lecznictwa opoterapeutycznego. Po za nielicznemi wyciągami z gruczołów, jak wyciąg z przysadki, tarczycy, nadnercza, jajnika, nie mają lekarze zazwyczaj zaufania do wielu innych wyciągów, których ścisłe wskazania, rozumne i odpowiednio kontrolowane stosowanie, pozwalają na pomyślne i często wybitne wyniki terapeutyczne.

Sposoby użycia: Liczne niepowodzenia dadzą się wytłumaczyć tem, że lekarz praktyk nie zawsze miał w ręku leki naprawdę skuteczne. Rzeczywiście uświadomiono sobie dopiero niedawno, że pomimo największych starań, zastosowanych w przygotowywaniu preparatów opoterapeutycznych, tracą one zasadniczo większą część swojej aktywności. Mówimy tutaj o prawie doświadczalnem, zgodnie z którem, gruczoł wysuszony zachowuje tylko minimalną aktywność fizjologiczną, gdy stopień wysuszenia dochodzi do 60%. Co więc powiedzieć o preparacie opoterapeutycznym pod postacią proszku zupełnie wysuszonego w próżni lub na gorąco, albo też przy połączonem działaniu obu tych czynników. Zrozumiałem jest, że taki przetwór, aby pozostać skutecznym, musi odpowiadać względnie dużej ilości gruczołu świeżego, lub innemi słowy, produkt końcowy zpowodu utraty swej aktywności w trakcie przygotowania, będzie zawierał znikomą ilość jednostek fizjologicznych w porównaniu z tą ilością, jaką zawierał cały gruczoł. Dlatego też istotnie czynne są tylko te sproszkowane narządy, które przy bardzo małej objętości są obdarzone potężnem działaniem fizjologicznem, do takich należy np. tarczyca. Naogół biorąc skuteczna opoterapja za pomocą tych tkanek, których czynność fizjologiczna jest nieznaczna w porównaniu do ich wagi nie jest możliwa, jeżeli posługiwać się będziemy sproszkowanemi narządami. Ze względu na stratę w aktywności tych narządów podczas przygotowania, trzebaby użyć dla otrzymania produktu końcowego, rzeczywiście skutecznego, zbyt wielkich ilości świeżych narządów, co jest praktycznie trudne do przeprowadzenia.

Wobec powyższego logicznie nasuwa się myśl o stosowaniu opoterapji w postaci wstrzykiwań aby preparat opoterapeutyczny wprowadzony drogą podskórną lub domięśniową, wypełnił braki lub działał jako oczekiwany a niezbędny bodziec. Jednak i ta metoda jest nieodpowiednia. Stosowanie bowiem w tej postaci dawek małych wielokrotnie w ciągu dnia jest nie-

możliwe, a tymczasem wiadomo, jak bardzo korzystnem raczej niż dawek masywnych jest stosowanie stałej podniety, spowodowanie stopniowego nasycenia ustroju. Ta zasada może być tylko zrealizowana przez stosowanie wyciągów drogą doustną, lecz widzieliśmy, jakim zarzutom podlega większość wyciągów z narządów sproszkowanych, które pod tą lub inną postacią są przeznaczone do takiego sposobu użycia.

Wyciągi skuteczne. Stosowanie jednak per os preparatów opoterapeutycznych ma niewątpliwie przewagę nad drogą podskórną dzięki swej prostocie i dlatego też w pracowniach Lumiera zostały wytworzone drażetki Opozones, pozbawione wymienionych powyżej braków.

Sproszkowanie otrzymuje się nie przez rzeczywiste odwodnienie, lecz przez pewien „trick" w przygotowaniu[1]), polegający na pseudo-wysuszeniu: woda i wszystkie płyny ustrojowe zostają przeprowadzone w stan krystaliczny, co zapewnia maximum skuteczności wprowadzonym doustnie preparatom. Z drugiej strony zjawiska autolizy i wszelkiego rodzaju zmiany nie mają czasu odbyć się, gdyż sproszkowanie osiąga się nadzwyczaj szybko metodą zupełnie niezwykłą z punktu widzenia technicznego. Opozones Lumiera dzięki swej otoczce glutynowanej i lakierowanej są w zupełności ochronione przed wszelkiemi zmianami ,które mogłyby później nastąpić, jak rozkład, utlenienie i hydroliza.

Zresztą łatwo można się przekonać o nierozkładaniu się Opozones Lumiera, gdyż w przeciwieństwie do wielu preparatów opoterapeutycznych, pozostają one zupełnie bezwonne, nawet jeśli zostały przygotowane bardzo dawno. Podczas trawienia opozony nie ulegają nagłemu rozkładowi pod wpływem soków trawiennych, co jest okolicznością nader ważną, gdyż, jak to ustalono i dowiedziono, czynność wyciągu opoterapeutycznego zależy przedewszystkiem od tego aby proces trawienia nie przekroczył okresu peptonowego, a był posunięty aż do okresu abiuretycznego. Dawkowanie może być zmienione w szerokich granicach w zależności od przypadku.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Cymarina. (La cymarine). Vaquez, Mouquin, Balapcéanu.
Présse Médicale. Nr. 40; 1932.

Cymarina jest wyciągiem z apocynum cannabicum, rośliny rosnącej w Ameryce północnej, używanej w Azji i w Ameryce jako środek moczopędny. Do lat ostatnich badano działanie wyciągów całkowitego apocynum, dopiero w ostatnich latach zaczęto stosować wyciąg krystaliczny apocynu, cymarinę, którą poraz pierwszy użył u człowieka Kaufmann. Autorzy stosowali cymarinę w 13 przypadkach chorych z niewydolnością serca, u 8 z nich stwierdzono nadciśnienie lub też myocarditis, 2 miało zmiany mitralne, 3 cierpiało na złożone sprawy sercowe, aortalne i mitralne. Przed zastosowaniem cymariny chorzy pozostawali w spokoju i na djecie mlecznej: cymarinę stosowano w postaci wstrzykiwań śródżylnych, wstrzykiwania podskórne i śródmięśniowe są bolesne. Początkowo używano dawek małych $^{2}/_{10}$, ¼ miligrama, później dawek większych ½, ¾ i cały miligram. Naogół za dawkę pożyteczną należy uważać ½ miligrama; wstrzykiwania powtarza się codziennie w ciągu 5 — 6 dni z rzędu. Ze spostrzeżeń autorów wynika, że cymarina działa najwybitniej na diurezę i na obrzęki, niejednokrotnie już na drugi dzień po podaniu cymariny wydziela się mocz w dużej ilości. Wydzielanie moczu jest powiększone naogół w ciągu całego czasu stosowania cymariny, czasami jednak zatrzymuje się nim obrzęki znikły zupełnie. Można więc powiedzieć, że działanie diuretyczne cymariny jest szybsze od ouabainy, ale mniej trwałe od digitalis.

Wiadomą jest rzeczą, że działanie naparstnicy i ouabainy jest różne zależnie od tego czy niewydolność dotyczy serca prawego czy lewego, w przypadkach niewydolności serca prawego działanie ouabainy jest bardziej szybkie, ale mniej trwałe i doskonałe, niż działanie naparstnicy, ouabaina działa szczególnie skutecznie w przypadkach ostrych niewydolności serca lewego, opornych na naparstnicę. Cymarina w przypadkach niewydolności serca prawego nietylko, że zmniejsza obrzęki, powiększa diurezę, ale zwalnia także tętno czego się nie spostrzega przy działaniu ouabainy. W niewydolnościach serca lewego szczególnie ostrych ouabaina działa silniej od cymariny. Pod działaniem cymariny poprawia się także stan ogólny chorych, zmniejsza się duszność, obniża się ciśnienie tętnicze i zmniejszają się równolegle do działania leczniczego wymiary serca.

Poza tem cymaryna posiada pewną cechę właściwą ouabainie: przygotowuje jakby i czyni skutecznem działanie naparstnicy. Cymarina nie posiada właściwości kumulowania się i przyjmowanie jej nie pociąga za sobą żadnych następstw szkodliwych. Zajmuje więc ona miejsce pośrednie między naparstnicą a ouabainą. Najbardziej charakterystyczne jest działanie moczopędne cymariny szczególnie w obecności dużych obrzęków; może być skuteczną szczególnie w niewydolności serca prawego z małem wydzielaniem moczu i dużemi obrzękami nawet w tych przypadkach, w których naparstnica już nie działa. Po osiągnięciu działania cymariny można wrócić do digitalis i theobrominy dla przedłużenia działania cymaryny. Podczas gdy ouabaina jest wskazana w ostrym okresie niewydolności serca lewego, należy podać cymarynę gdy niewydolność przechodzi; stosuje się ją wtedy przez 7 — 8 dni w ilości ½ mgr. dziennie.

Porównawcze wyniki interferometrji i podstawowej przemiany materji w stanach nadczynności tarczycy. (Resultats comparés de l'interférometrie et du metabolisme de base dans les états hyperthyréoidiens). Laignel-Levastine et Boquien.
Présse Médicale. Nr. 39; 1932.

Autorzy badali równocześnie podstawową przemianę materji i stan czynności gruczołów dokrewnych; tarczycy, jajników i przysadki mózgowej, używając do tych ostatnich badań metody interferometrycznej. Naogół wyniki badań interferometrycznych były zgodne ze spostrzeżeniami klinicznemi u chorych, mających zaburzenia gruczołów dokrewnych za wyjątkiem przypadków choroby Basedowa. Uderzającem nawet jest, że w ciężkich stanach nadczynności czynność fermentacyjna surowicy w stosunku tarczycy jest mniej wyraźna, jak w lżejszych przypadkach nadczynności tarczycy, przyczem podstawowa przemiana materji naogół jest podwyższona. Trudno jest obecnie wytłomaczyć to spostrzeżenie, należy jednak przypuszczać, że patogeneza choroby Basedowa jest złożona i że obok zaburzenia czynności tarczycy są możliwie naruszone choć nierównomiernie i czynności innych narządów.

Leczenie dychawicy oskrzelowej. (Le Traitement de l'asthme bronchique). Péhu et Valin.
Journal de Médecine de Lyon. Nr. 294; 1932.

Leczenie dychawicy oskrzelowej dzieli się na dwa okresy: leczenia w okresie ataku, mającego przynieść bezpośrednio ulgę choremu i działanie na t. zw. teren astmatyczny czyli dążenie do sprowadzenia ustroju do stanu normalnego, niewrażliwego na przyczyny, wywołujące dotychczas napady.

Leczenie w czasie ataku ma na celu jaknajbardziej szybkie i skuteczne usunięcie objawów, wywołanych zaburzeniem równowagi układu nerwu błędnego i współczulnego z przewagą nerwu błędnego. Zadaniem więc leczenia jest jaknajszybsze działanie albo na nerw współczulny, którego czynność jest w stosunku do nerwu błędnego w czasie napadu za słaba albo na nerw błędny, którego napięcie musi być złagodzonem. W tym celu używa się adrenaliny, efedryny, belladony. Adre-

nalina pobudzająca nerw współczulny przerywa skurcz oskrzelików, a równocześnie działając zwężająco na naczynia zmniejsza zaburzenia naczynioruchowe w obrębie oskrzeli. Stosuje się więc adrenalinę w czasie ataku astmy w dawce 0,5 — 1 mg. przy czem można powtarzać te dawki co pół godziny, trzy, cztery razy, podając na dobę ogółem mniej więcej około 3 miligramów. *Bensaude* i *Halion* dodają do adrenaliny wyciąg z przysadki mózgowej, *Heckel* zamiast adrenaliny daje całkowity odbiałczony wyciąg z nadnerczy, nie zawierający ciał uczulających, a posiadający inne czynne ciała nadnerczy. Surowicę Heckela zastrzykuje się w ilości ½mg. w 5 cm³. fizjologicznego roztworu podskórnie. Skuteczne działanie tego środka trwa tak długo, jak długo trwa działanie adrenaliny, którą zawiera i która się nie rozkłada będąc jego naturalnym składnikiem.

Wyciąg z ephedra vulgaris t. zw. efedryna działa podobnie pobudzająco na układ współczulny jak adrenalina, zwalcza skurcz oskrzelików płucnych, posiada ponadto tę dobrą stronę, że podawana doustnie zachowuje swoje wszystkie antiastmatyczne właściwości i że działanie jej jest dłuższe od działania adrenaliny, gdyż trwa od 7—9 godzin. Jest ona jednak przeciwskazana w przypadkach zmian w mięśniu sercowym lub w tętnicy głównej. Efedrynę podaje się w dawce 0,025 i po 15 minutach gdy środek zaczyna działać daje się powtórnie taką samą tabletkę. W razie braku działania nie daje się większych dawek. Ogółem można podać małemi dawkami w ciągu 24 godzin 0,05. Podskórnie daje się 1 cm³ zawierający 0,03 efedryny. Do rozpylania używa się 3% rozczynów wodnych w których efedryna może być zmieszana z adrenaliną. Do inhalacji stosuje się roztwory 5%. Najwyraźniej występuje działanie efedryny w średnio ciężkich, świeżych atakach astmy. Zwracano również uwagę na działanie efedryny, uprzedzające ataki astmy jeżeli jest wzięta mniej więcej pół godziny przed spodziewanym atakiem. Ephetonina która jest niczem innem jak syntetyczną efedryną ma działać wolniej, słabiej i działanie jej ma być mniej stałe.

W celu zmniejszenia napięcia nerwu błędnego podaje *Lian* belladonnę w proszkach po 0.01 albo atropinę w wstrzykiwaniach podskórnych po ¼ albo po ½ miligrama. *Michon* stosuje hyoscyaminę w dawce ¼ mg. połączoną z adrenaliną w dawce ½ lub—1 miligrama. Działanie tego środka ma być doskonałe szczególnie w czasie ataku astmy. Wreszcie wtedy gdy wszystkie inne środki zawodzą może być skuteczna morfina lub jej pochodne. Czasami dobrze działa gardenal początkowo w dawce po 0,05 w ciągu trzech dni, następnie po 0,1 i 0,15 w ciągu miesiąca. Działanie przeciwastmatyczne mają również środki uspakajające układ nerwowy, brom, veronal, valeriana, pozatem jodki w szczególności jodek kofeiny, które szczególnie się stosuje w przypadkach ataków przedłużonych. Czasami dobrze jest połączyć ze środkami wewnętrznemi pewne zabiegi jak pijawki, gorące kąpiele nożne, ucisk nerwu błędnego na szyji; upust krwi zdaje się czasami także mieć dobre działanie.

Leczenie ogólne w okresach wolnych od ataków może być przeprowadzane w różnych kierunkach. Leczenie jodowoarszenikowe ma znaczenie podwójne: arszenik pobudza stan odżywienia często podupadły w astmie, jod reguluje czynności oddechowe, wywołując rozszerzenie naczyń i obfite wydzielanie błony śluzowej oskrzeli. Według *Sée* podawanie jodu wyleczyło wszystkich jego astmatyków. Stosując jodki należy sprawdzić stan wątroby, nerek i płuc; dzienne dawki wynoszą od 0,5 — 2 gr. przyczem należy je w początku stosować ostrożnie, podając jod w ciągu 10 dni każdego miesiąca. Arszenik u dorosłych podaje się jako Sol. Fowleri, arrhenal natr, cacodylicym etc.

Uważając astmę za neurozę oddechową stosuje się i w okresach między atakami brom, a także stara się w tych okresach działać na zaburzenia czynności układu wegetatywnego. Jednakże adrenalina, będąca tak skuteczna w ataku astmy w formie leczenia stałego niema prawie żadnego działania, natomiast efedryna lub efetonina brana przez czas dłuższy w dawce po 0,05 może uwolnić chorych od ataków na przeciąg długich miesięcy. Podobnie działa według *Liana* belladonna, brana przez czas dłuższy w dawkach stopniowo się powiększających po 0,15 dziennie. Według tego autora gardenal zmienia równowagę kwasowo-zasadową krwi, stwarzając stan zakwaszenia nie korzystny dla powstawania ataków astmy. *Vincent* miał podobnie korzystne wyniki stosując luminal. Sole wapnia zalecane w dawkach od 5 — 10 gr. dziennie w ciągu kilku tygodni; zmniejszają one amfotonię i nadwrażliwość nerwów oskrzelowych. *Danielopolu* stosując chininę zmniejsza jakoby stan napięcia narwu błędnego. Valeriana i antipyrina są korzystne szczególnie wtedy gdy z astmą łączą się objawy nerwowe. Probują także leczyć astmę jakoby z dobremi wynikami za pomocą psychoterapji, hypnozy i autosugestji.

Ponieważ stwierdzono, że przyczyną astmy mogą być i zaburzenia wydzielania wewnętrznego próbowano leczyć ją i za pomocą podawania wyciągów gruczołów, których zaburzenia mają stwarzać teren astmatyczny. Naogół zaburzenia te dotyczą szczególnie tarczycy i gruczołów płciowych. Wyciągi tarczycy w dawkach od 0, 06 — 0,15 daje się wtedy, gdy stwierdzono wyraźnie objawy jej zmniejszonej czynności; jeżeli te objawy są bardzo słabe daje się małe dawki 0,01 w ciągu kilku dni, powiększając dawkę stopniowo i ostrożnie do 0,05 gr. dziennie. Podawanie tarczycy przerywa się w ciągu 5 —→ 10 dni w miesiącu, a także 3 dni przed menstruacją i w jej czasie. Małe dawki wyciągów tarczycy stosuje się według *Doumera* nawet przy zupełnie prawidłowej jej czynności. Autor stwierdzał poprawę u astmatyków z prawidłową czynnością tarczycy, którym podawał w ciągu 10 dni w każdym miesiącu po 0,15 thyreoidy'ny.

Wyciągi jajników daje się kobietom, cierpiącym na ataki astmy w okresie przekwitania, a także tym chorym, którym nie pomogły wyciągi tarczycy. Wyciągi jajników mają działanie korzystne szczególnie w połączenui z wyciągami tarczycy. *Maranon* spostrzegał poprawę po podaniu wyciągów z jąder.

Leczenie djetyczne ma również czasami działanie korzystne. Djeta Gersona ogranicza białka i węglowodany (100 gr. mięsa i 70 gr. ryby tygodniowo), bogata jest w tłuszcze, witaminy i sole mineralne za wyjątkiem NaCl. Ta djeta ma dawać dobre wyniki, jednak u dzieci powinna być modyfikowana przez odpowiedni dobór węglowo-

danów. Pożyteczne mają być wszystkie środki pobudzające czynności wątroby, a więc $NaSO_4$, calomel, opoterapia wątrobiana. Zalecana jest także w ciągu miesiąca djeta oszczędzająca czynności wątroby zawierająca tylko mleko, owoce, jarzyny z zupełnem pominięciem mięsa, jaj, wina, kawy, soli. Po miesiącu daje się jeden gram mięsa na kilogram wagi i 1 gram NaCl. Poza tem zalecają podawanie glukozy i węglanu sodu, jak też podawanie pankreatyny i wyciągów żółci.

Metody zwalczające uczulenie chorych, polegają szczególnie na stopniowem usuwaniu czynników podejrzanych o wywoływanie napadów z odżywiania i otoczenia chorych. Usuwa się więc stopniowo następujące substancje podzielone na 6 grup: 1 grupa: kontakt z pewnemi zwierzętami: konie, psy, koty, papugi, króliki; 2 grupa: użycie pudru, perfum, szminek; 3 grupa: używanie futer, tkanin jedwabnych, wełny; 4 grupa zawiera produkty odżywcze. Astmatyk kolejno stosuje następujące djety: I. baranina, ryż, szpinak, marchewka, fasolka, gruszki, jabłka, cytryny, figi, oliwa, sól, cukier, wino czerwone. II. wołowina, cielęcina, kalafiory, karczochy, banany, orzechy, migdały, cukier, sól, masło, piwo, herbata. III. słonina, szynka, kurczęta, tapioca, groszek, wiśnie, truskawki, cukier, sól, wino białe, kawa. IV. chleb pszenny, ryby, kartofle, jaja, morele, winogrona, cukier, masło, woda; V. 2,5 litra mleka. 5 grupa: usunąć pierze, puch, włosie, fotele, materace; 6 grupa: usunąć kurz mieszkaniowy. Stosowane są do tego komory hermetycznie zamknięte, w których powietrze odświeżane jest przez wentylator elektryczny, pędzący powietrze przez komin wysokości 10 metrów. Powietrze w tych komorach nie zawiera zupełnie ciał zawieszonych w powietrzu domów i pochodzących od pościeli lub ubrań. Usuwa się w ten sposób działanie „alerginów“ domowych. Działanie ciał uczulających zależnych od klimatu usuwa się przez pobyt w komorach do których dochodzi powietrze sztucznie ochłodzone, osuszone, ogrzane i filtrowane. Powietrze to nie zawiera żadnego ciała zawieszonego w powietrzu zewnętrznem. Wreszcie bywa. że ciała uczulające pochodzą od kontaktów i warunków pracy zawodowej, wtedy konieczną jest zmiana zawodu.

Specyficzne zwalczanie uczulenia na produkty spożywcze odbywa się drogą spożywania w maleńkich dawkach ciał, wywołujących ataki mniej więcej pół godziny przed jedzeniem. Produkty te zostają oczywiście usunięte z djety chorych. Powoli powiększa się dawkę ciała szkodliwego i w końcu, jeżeli nie wywołuje ono ataków, wprowadza się je do djety chorych z powrotem. Podobnie zwalcza się uczulenie na pewne środki lecznicze, podając je doustnie w maleńkich dawkach stale i powoli powiększanych. Uczulenie zwalcza się ponadto za pomocą doskórnych wstrzykiwań ciał szkodliwych. Ciała te mogą być pochodzenia bakteryjnego szczególnie jeżeli równocześnie się stwierdza katar oskrzeli lub cierpienie płucne. Wykonywa się wtedy szczepionki z wydzieliny nosa czy oskrzeli poczem znalezione drobnoustroje, naogół paciorkowce lub gronkowce, wstrzykuje się w rozczynach coraz bardziej stężonych co 5 —6 dni tak długo póki nie zniknie odczyn skórny. Metoda ta ma dawać około 80% polepszeń.

Można ponadto zwalczać uczulenie za pomocą ciał antianafilaktycznych, nie specyficznych. Środki te, wywołując szereg drobnych „choc'ów“ zmniejszają nadmierną wrażliwość komórek. Zastrzykuje się krew własną podskórnie po 10 cm.^{3} 5 —6 razy w odstępach czterodniowych. Autoseroterapja polega na wstrzykiwaniu surowicy chorych z krwi wziętej w czasie ataku. Wstrzykuje się podskórnie albo śródżylnie pierwszego dnia ¼ cm.^{3}, drugiego dnia ½ cm.^{3} później robi się co dwa dni wstrzykiwania z 2 cm.^{3}. Czasami zwalczyć można uczulenie, stosując surowicę przeciwbłoniczą: pierwszego dnia daje się podskórnie 0,25 — 0,5 cm.^{3}, jeżeli niema odczynu powtarza się wstrzyknięcie drugiego dnia. Odczyn miejscowy i ogólny występuje między 5—11 dniem. Następnie wstrzykuje się po 0,5 cm. surowicy; leczenie trwa około 2 — 3 miesięcy, poczem naogół ataki stają się rzadsze i słabsze. Leczenie peptonem ma jakoby pobudzać siły obronne ustroju. Pepton wstrzykiwać można śródżylnie w odstępach trzydniowych w rozczynie 5% w dawce 5 — 10 cm.^{3}. Wstrzykiwania robi się powoli trzy godziny przed jedzeniem, ogółem 6 — 10 wstrzyknięć. Ten sposób podawania peptonu nie przez wszystkich jest zalecany tembardziej, że podawać go można doustnie w dawkach po 0,5 gr. mniej więcej trzy kwadranse przed jedzeniem. Pepton jest zupełnie nieszkodliwy także i wtedy gdy go się podaje śródskórnie w rozczynie 50%. Wstrzykiwania robi się codziennie ogółem 20 razy, poczynając od $^1/_{10}$ cm.^{3} i powoli stopniując dawkę lub ją zmniejszając w razie odczynów zbyt żywych. Jeżeli pierwsze leczenie nie dało wyniku rozpoczyna się nową serję po 2 miesiącach. Metoda peptonowa zdaje się jak dotychczas być najbardziej skuteczną w leczeniu astmy, *Pasteur-Vallery-Radot* podaje, iż miał 63% poprawy, *Grezzi* 85%. Wstrzykiwania mleka, używanego także w ilości 30 — 40 cm.^{3} w leczeniu astmy, wywołują odczyny bardzo silne. Sole wapna są stosowane w różnych postaciach; mleczan wapnia doustnie, chlorek wapnia doustnie i śródżylnie (5 cm.^{3} w rozczynie 5 — 10% lub 2 cm.^{3} w rozczynie 20%).

Leczenie szczepionkami ma również na celu zwalczanie uczulenia. Podaje się szczepionkę przeciwgrypową Instytutu Pasteura, składającą się z paciorkowców, pneumokokków i bakterji Pfeiffra, enteroantigen Danysza, otrzymany z flory przewodu pokarmowego. Ostatni ma dawać wyraźną poprawę, podaje się go co 4 dni w ilości $^1/_{1000}$ mmg. Szczepionka Mineta składa się z pneumokokków, gronkowców, tetragenes, pyocyaneus i microccus catarrhalis. Szczepionka ta ma dawać szczególnie dobre wyniki w przypadkach astmy połączonej ze zmianami dróg oddechowych albo w astmie samoistnej. Inne rodzaje dychawicy oskrzelowej nie reagują na ten rodzaj leczenia.

Leczenie tuberkuliną stosowane bywa także w przypadkach astmy nie powikłanych gruźlicą. *Storm van Loeven* podaje w ciągu 6 miesięcy co drugi dzień 1 ccm.^{3} rozczynu $^1/_{100000}$. Leczenie to nie jest odpowiednie gdy istnieje proces gruźliczy czynny i naogół należy je stosować ostrożnie. Zalecane jest także stosowanie skaryfikacji z emulsji zabitych i odtłuszczonych laseczników Kocha. Skaryfikacje te robi się na przestrzeni 1 cm. kw.; powtarza się je co 3 — 4 dni w ciągu pierwszych trzech tygodni, następnie co 8 dni w ciągu miesiąca.

Na leczenie fizykalne dychawicy składają się

radioterapia, diatermia, naświetlania promieniami ultrafioletowemi.

Istotą radioterapji ma być autoproteinoterapia. Rozpad leukocytów w naświetlanej śledzionie oswabadza przeciwciała i proteiny, które dostają się do krążenia, poza tem możliwe jest, że naświetlania działają antispastycznie na końcówki nerwu błędnego. Radioterapia ma naogół w ⅓ przypadków dawać poprawę. Naświetlanie robi się serjami po 12 naświetlań w ciągu 6 tygodni czyli 2 naświetlania tygodniowo, po każdej serji 12 naświetlań wprowadza się 6 tygodniową przerwę. Robi się 2 — 3 serje.

Promienie ultrafioletowe według niektórych autorów mają dawać często, bo w 50% przypadków poprawę.

Dobre wyniki daje czasami diatermia, którą się stosuje na okolicę wątroby lub na wnęki płucne.

W leczeniu astmy dużą rolę odgrywają hygieniczne warunki życia i czynniki klimatyczne. Należy naogół unikać siedzącego trybu życia, wskazany jest umiarkowany ruch i ćwiczenia sportowe, rozwijające klatkę piersiową i ćwiczące mięśnie oddechowe. Życię powinno być spokojne, uregulowane.

Klimat górski jest szczególnie pożyteczny, może dzięki czystości powietrza górskiego. Okolice piaszczyste suche nadają się szczególnie dla osób dziedzicznie obarczonych. Z miejscowości klimatycznych szczególnie odpowiednie są dla astmatyków Mont Dore, Saint Honoré i La Borboule.

Leczenie astmy drogą chirurgiczną przez operacje nosa (usuwanie polipów, resekcja przegrody nosowej i t. d.) tak samo jak i inne operacje chirurgiczne mają raczej znaczenie dodatkowe. Wyniki zabiegów dokonywanych na nerwie błędnym i współczulnym są niestałe, a same zabiegi są zbyt niebezpieczne, żeby się do nich uciekać.

Z przeglądu tego wynika, że w leczeniu dychawicy oskrzelowej poza działaniem bezpośredniem na sam atak najważniejszem zadaniem lekarza jest ustalenie przyczyny, wywołującej ataki, od której zależy leczenie stałe, stosowane w przerwach między atakami. Trzeba pamiętać przy tem że poszukiwanie przyczyny cierpienia jest żmudne i długotrwałe, a samo leczenie jeżeli ma być skuteczne musi być odpowiednio wyzyskane i dość długo przeprowadzone.

O leczeniu gorączki tyfusowej, i paratyfusowej za pomocą szczepionek. (A propos du traitement des fièvres typhoides et paratyphoides par la vaccinothérapie). Nové-Josserand, Euvrard et Feuillade.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 292; 1932.

Stosowanie szczepionki tyfusowej dało autorom doskonałe wyniki szczególnie o ile szczepionka podana była wcześnie, w pierwszym tygodniu choroby, najpóźniej w pierwszych dwóch, trzech dniach drugiego tygodnia. Autorzy radzą zastrzykiwać w przypadkach podejrzanych, nie czekając na wyniki posiewów krwi dawkę średnią wynoszącą 300 miljonów; stosowanie szczepionki później nie tylko nie daje wyników, ale nawet może być niebezpieczne. Szczepionki otrzymuje się albo z posiewów krwi chorego albo też używać można szczepionkę TAB Instytutu Pasteura. Pierwsze wstrzyknięcie wynosi 250, albo 500 miljonów albo nawet miljard bakterji zależnie od stanu sił chorego; naogół u osób młodych i wątłych zaczyna się od 300 — 500 miljonów. Czasami już po tem pierwszem wstrzyknięciu ciepłota opada, jeżeli ciepłota się zmienia to po 3, 4, 5, dniach robi się wstrzyknięcie drugie, używając do niego 300 ew. 500 miljonów. Trzecie wstrzyknięcie często nie jest już potrzebne, jeżeli jednak ciepłota się utrzymuje to robi się je w 3, 4 dni po drugiem wstrzyknięciu. Razem więc wstrzykuje się szczepionkę w ciągu 12 — 15 dni trzykrotnie i naogół około 20 dnia powinno się osiągnąć stan bez gorączkowy. Wstrzykiwania które wykonuje się podskórnie nie są bolesne, naogół bez odczynu miejscowego i bez wstrząsu. Najważniejszem następstwem szczepionki jest spadek ciepłoty przy równoczesnej poprawie stanu ogólnego, zmniejsza się zamroczenie, senność, bóle głowy. Wytłomaczenie działania szczepionek nie jest łatwe. Możliwe jest że w początkach choroby zarazek duru znajduje się we krwi w małej ilości i z tego powodu nie może się wytwarzać dostateczna ilość przeciwciał. Dodanie większych ilości zabitych bakterji wzmaga tworzenie się przeciwciał i powiększa się odporność ustroju. Metoda nadaje się szczególnie w okresach epidemji w przypadkach z wysokimi podwyższeniami ciepłoty nawet wtedy gdy rozpoznanie nie jest jeszcze w pełni ustalone

Hipoglikemja pokarmowa. (Hypoglicémie alimentaire). Labbé, Roulin, Petresco.

Présse Médicale. Nr. 43; 1932.

Spostrzeżenia nad hipoglikemją, występującą po spożyciu węglowodanów uczyniono już dawniej. W pracy swej autorzy wykazują, że o ile występowanie hipoglikemji w pewien czas po spożyciu glukozy jest objawem stałym, o tyle zjawienie się jej zaraz po spożyciu glukozy jeszcze przed podwyższeniem krzywej cukru we krwi występuje nie tak często; w badanych przez autorów przypadkach występuje ta ostatnia forma hipoglikemji u 50% badanych. Pierwsza forma hipoglikemji czyli t. zw. hipoglikemja tarda jest zwykle hipoglikemją o przebiegu łagodnym, stwierdza się ją tylko metodami badania laboratoryjnego, gdyż nie wywołuje ona objawów klinicznych. U osób normalnych występuje ona naogół około 2 godzin po spożyciu cukru i trwa przeciętnie od 20 minut do półtorej godziny. Hipoglikemja wczesna występuje zaraz po spożyciu cukru jeszcze przed wzniesieniem się krzywej cukru we krwi. W jednym z przypadków spostrzeganych przez autorów chory skarżył się przez dłuższy czas na uczucie osłabienia, ciężkiego głodu, zawroty głowy, etc. występujące zaraz po spożyciu pokarmów i był leczonym z tego powodu bezskutecznie przez czas dłuższy. Badanie tego chorego wykonane po spożyciu 50 gr. glukozy wykazało bardzo znaczny spadek cukru we krwi poniżej normy na czczo, dochodzący w 15 miunt po spożyciu glukozy do 0,36, a dopiero później w godzinę po spożyciu glukozy poziom cukru we krwi wykazał zwykłe wzniesienie. Przykre objawy u chorego przeszły po spożywaniu 15 kropli gentropiny i jednej tabletki sanhedryny przed każdem jedzeniem: Hipoglikemję późną tłomaczy się naogół nadmiarem insuliny we krwi. To tłomaczenie nie może być zastosowane do hipoglikemji wczesnej, gdyż nie jest ona poprzedzoną wzniesieniem poziomu cukru

ALLOCHRYSINE
Lumière

(Sól złotowa siarczanu sodowego tioglicerydu)

Działanie lecznicze złota zawartego w Allochrysine spotęgowane jest łatwo odszczepiającą się cząsteczką SIARKI in statu nascendi.

Stosowana śródmięśniowo, lub podskórnie a nie dożylnie

wchłania się powoli i nie wywołuje gwałtownego toksycznego działania.

Wskazania:

1) **GRUŹLICA (wszelkie postaci i okresy)**

2) **TOCZEŃ RUMIENIOWATY (lupus erythematoides)**
1 wstrzyknięcie tygodniowo.

3) **GOŚCIEC STAWOWY, PRZEWLEKŁY**
1 do 2 wstrzyknięć tygodniowo

W sprzedaży:

1) **ampułki à 0,05 Allochrysine**
2) **„ „ 0,1 „**
3) **„ „ 0,2 „**



№ Rej. 1412, 1413, 1414

Każde pudełko zawiera 1 ampułkę 2 cc. stężonego rozczynu ALLOCHRYSINE i 1 ampułkę 8 cc. płynu izotonicznego. Należy oba płyny nabrać do strzykawki dla przygotowania rozczynu ex tempore.

Przedstawicielstwo na Polskę L. NASIEROWSKI Warszawa, Kaliska 9, tel. 924-39, 930-42.
Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

we krwi, co automatycznie wywołuje większe wydzielanie insuliny. Możliwe więc, że wydzielanie insuliny jest w tym przypadku wywołane samem przedostaniem się cukru do dwunastnicy i w ten sposób odruchowo powoduje większe wydzielanie wewnętrzne trzustki albo też przyczyną może być nadczynność trzustki na tle zbyt obfitego odżywiania.

O nowym sposobie autoseroterapji w przebiegu ciężkiej astmy. (Sur un nouveau mode d'autosérothérapie dans les asthmes graves et les coryzas spasmodiques aperiodiques). J a c q u e l i n, T u r i a f, D a v o u s et R e v e i l l a u d.

Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris. Nr. 14; 1932.

Autorzy stwierdzając korzystne działanie autoseroterapji w codziennych małych dawkach drogą śródskórną w przebiegu cierpień skórnych, powstałych na tle uczulenia, zwrócili uwagę, że ta metoda lecznicza w przebiegu ciężkiej astmy nie daje równie dobrych wyników, pomimo, że obie grupy cierpień są genetycznie ze sobą ściśle spokrewnione. Przypuszczając, że różnica działania autoseroterapji pochodzi ze sposobu wprowadzenia surowicy spróbowali wprowadzać ją do błony śluzowej w przypadkach astmy podobnie jak się surowicę wprowadza doskórnie w przypadkach chorób skórnych na tle uczulenia. Zastosowali oni tę drogę u 13 astmatyków stwierdzając wyraźną poprawę w 10 przypadkach. Wstrzykiwania można robić do błony śluzowej nosa lub jamy ustnej, pierwsze są bardziej delikatne i bolesne, z tego też względu szczególnie w przypadkach katarów lepiej jest wykonywać wstrzykiwania do błony śluzowej jamy ustnej, mniej więcej o 2 cm. poza kącikiem ust. Wstrzykiwania powinny być robione ściśle w głąb błony śluzowej tak iżby wyraźnie wystąpiło wzniesienie miejsca wstrzyknięcia. Odkażanie nie jest potrzebne. Wstrzykiwania robi się codziennie w ciągu dni 20, początkowo wstrzykuje się $^2/_{10}$, później 3, 4, i $^5/_{10}$ cm^3. Najbardziej się nadają do tego sposobu leczenia ciężkie przypadki astmy i katar; dotyczy to szczególnie ciężkich przypadków astmy opornych dotychczas na zwykłe sposoby leczenia, a także przypadków duszności stałej o typie pseudorozedmowym.

Poprawa nagół występuje w sposób wyraźny mniej więcej po 10, 12 wstrzyknięciu. Odnosi się ona także do stanu ogólnego chorych, poprawia się apetyt i waga, zmniejsza się skłonność do acrocyanozy, znika uczucie zimna i zmniejsza się nerwowość.

O działaniu podskórnych wstrzykiwań pilocarpiny na zatrzymanie moczu. (Le traitement de la rétention d'urine par l'injection sous — cutanée de la pilocarpine). A. C a i n et P. O u r y.

Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux des Paris. Nr. 18; 1932.

Autor przypomina swe badania nad działaniem pilocarpiny podawanej podskórnie w dawce 0,01 przy odruchowem zatrzymaniu moczu. Mniej więcej w 8 — 10 minut po wstrzyknięciu pęcherz się opróżnia, równocześnie jednak chorzy pocą się obficie i następuje duże wydzielanie śliny; jednak ta dolegliwość niema znaczenia w porównaniu z ulgą, której doznają przez oddanie moczu. Czasami jednak mocz zostaje oddany nieco później i wtedy jego oddawanie przeciąga się około godziny. Pilocarpina nie działa, zupełnie jeżeli pęcherz kurczy się prawidłowo albo też w przypadkach w których zatrzymanie moczu jest wywołane uciskiem lub zwężeniem uretry lub też sprawami zapalnemi w sąsiedztwie.

Dwa spostrzeżenia stanu epileptycznego zatrzymanego przez acetylcholinę. (Deux observations d'état de mal epileptique arrêté par l'acetylcholine). L. d e G e n n e s.

Bulletin Soc. Med. des Hôpitaux de Paris. N. 10. 1932.

Autor opisuje dwa przypadki ciężkich ataków epileptycznych, występujących mniej więcej co 15 — 30 minut, przerwanych przez wstrzyknięcie podskórne acetylcholiny w dawce 0,20. Przypuszczają obecnie, że mechanizm drgawek wywołany jest zmianami ukrwienia kory mózgowej. Według jednych autorów przyczyną drgawek jest przekrwienie, według innych anemja kory mózgowej, możliwe jest także, że anemja i zastój kory mózgowej mogą się łączyć i kombinować ze sobą. Działanie korzystne acetylcholiny na stan skurczu naczyń jako przyczyna ataków epileptycznych. Dalsze badania muszą wykazać czy acetylcholina działa leczniczo na stan epileptyczny.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Stosowanie odżywiania bez mleka w pierwszych latach dzieciństwa. (L'emploi d'une alimentation sans lait dans la première enfance). R. A u l a g n i e r et M - e l l e L a m b e r t.

Journal de Méd. de Lyon. Avril 1932.

Nad zagadnieniem odżywiania niemowląt za pomocą djety bez mleka najwięcej pracowali lekarze niemieccy. Pierwszy naukowo ujął tą sprawę *R. Hamburger*, dalej — *Czerny, Moll, Stransky, Keller, Epstein*, w Szwecji — *Jundell.*

We Francji dopiero w ostatnich latach były czynione próby z odżywianiem bezmlecznem niemowląt. *Marfan*, jeden z pierwszych zalecał podawanie mięsa niemowlętom; *M. Ribadeau — Dumas* i inni stosowali przeważnie białka roślinne. *Cathala i Vermorel* opracowali dokładne zasady żywienia niemowląt bez mleka; wskazania do djety bezmlecznej na podstawie doświadczeń klinicznych ustalili *Maurignaud i* Melle *Chauviré.*

Niezależnie od wskazań dla djetetyki bezmlecznej, jasnem jest, że odżywianie to powinno dostarczyć ustrojowi niemowlęcemu wszystkie pierwiastki pokarmowe istniejące w pokarmie naturalnym.

Djeta bezmleczna powinna:

a) Zawierać wszystkie podstawowe pierwiastki pokarmowe t. zn. sole, tłuszcze, węglowodany i szczególnie białka. Sprawa białka jest niezmiernie ważną, gdyż chodzi nie tylko i nie tyle o ilość protein, lecz przedewszystkiem o ich jakość i wartość biologiczną. Obecność bowiem niektórych kwasów aminowych, jak naprz. tryptofanu i lizyny jest bezwzględnie niezbędna dla prawidłowego rozrostu niemowlęcia.

b) Być zrównoważoną, czyli wykazywać odpowiedni wzajemny stosunek pomiędzy poszczególnemi składnikami pokarmowemi.

c) Zawierać wszystkie niezbędne witaminy.

d) Całkowicie pokrywać kalorycznie zapotrzebowanie energetyczne i wzrostu.

e) Uwzględniać wiek dziecka i jego zapotrzebowanie na wodę, a więc pokarmy powinny posiadać postać płynną lub półpłynną.

Autorów najbardziej interesuje możność stosowania djety bezmlecznej długotrwałej t. j. takiej, której wyniki można ocenić na podstawie rozwoju dziecka; rozwój ten powinien być normalny pod względem wagi, wzrostu i czynności psycho-motorycznych; nie powinno się stwierdzać niedożywienia (dystrofja); wreszcie stosunek ustroju do zakażeń bywa najlepszym miernikiem wartości odżywiania. Autorzy kolejno omawiają znaczenie białka. tłuszczów, węglowodanów, soli i witamin, które można podać niemowlęciu, z pominięciem całkowitem lub częściowem mleka.

I. Białko. (proteiny).

Białko stanowi część zasadniczą racji pokarmowej, bowiem kwasy aminowe posiadają główną rolę przy budowie zarodzi komórkowej. Najmniejsza niezbędna racja azotowa dla niemowlęcia jest znacznie wyższa, niż dla dorosłego. Wynosi ona 2 grm. białka na kilo wagi w I-m miesiącu życia, i dochodzi do 3,7 grm. w następnych miesiącach.

Mimo to, dawka protein nie może być nieoględnie powiększoną, gdyż wywołuje to zaburzenia zależne od swoistej dynamicznej czynności białka: gorączkę, wymioty, zmiany w nerkach. Z drugiej strony, nie tyle ma znaczenie bezwzględne ilość protein, ile stopień zawartości w nich poszczególnych kwasów aminowych. „Ilość niezbędną i dostateczną białka, które powinno wejść do odżywiania zwierzęcia określa się odsetkiem zawartego w nim niezbędnego kwasu aminowego" *(Randoin)*.

Hamburger pierwszy powziął myśl zastosowania w djetetyce niemowlęcej wątroby cielęcej. Narząd ten, bogaty ilościowo i jakościowo w kwasy aminowe, zawiera także witaminy i sole nieorganiczne, szczególnie żelazo. Wątróbka przetarta z dodatkiem masła, soli i soku cytrynowego stosowaną była w dawce 50 grm. w leczeniu niedokrewności dziecięcych przez *Maurignand'a*. Według sposobu Hamburger'a niemowlę otrzymuje na dobę 800 grm. mieszanki zawierającej 50 — 60 grm. mączki ryżowej, 20 — 30 grm. cukru, 40 — 80 grm. przetartej ugotowanej wątróbki. Dla pokrycia zapotrzebowania na tłuszcze dodaje się 100 — 300 grm. zupki Czerny — Kleinschmidt'a lub trochę oliwy. Prócz tego 10 — 30 grm. soku pomarańczowego i 5 — 10 grm. tranu.

Djeta *Hamburger'a* jest chemicznie doskonałą i zawiera wszystkie niezbędne ustrojowi składniki. Odżywianie to stosował także *Roedel*, który podaje spostrzeżenie dotyczące niemowlęcia żywionego tym sposobem od 6-ciu tygodni życia do roku.

Wątróbkę podawał także niemowlętom *Stolte* w przypadkach niestrawności spowodowanej djetą mleczną. Odżywianie stanowiło: dwa razy na dobę zupa ryżowa z dodatkiem przetartej wątróbki, dwa razy biszkopty, miąższ z parówki i masło, piąty raz herbata.

Epstein zwrócił specjalną uwagę na móżdżek cielęcy. Narząd ten obfituje w tłuszcze, posiada wysoką wartość kaloryjną (110 kal. w 100 gram.) zawiera w obfitości witaminy B. i A., proteiny i węglowodany. Podaje się jako specjalnie przygotowany budyń; miesza się 80 grm. móżdżku z 40 grm. mąki ryżowej lub pszennej, dodaje się 40 grm. cukru, 10 — 20 grm. masła, jedno żółko, białko ubite na pianę i 250 grm. wody. Wszystko gotuje się 3/4 — 1 godziny w formie, jak każdy budyń. Podaje się dziecku rozcieńczony w herbacie w stosunku 1:1. Wartość kaloryjna budynia wynosi 150 — 170 kal. na każde 100 grm.

W ten sam sposób przygotowuje się budyń *Epstein'a*, który zamiast móżdżka zawiera 80 grm. gotowanej przetartej wątróbki cielęcej. Budyń ryżowy *Moll'a* nie zawierający ani wątróbki ani móżdżka, stanowi djetę przejściową. Dla przygotowania bierze się: 250 grm. wody + 70 grm. dobrze rozgotowanego i przetartego ryżu. Żółtko uciera się osobno z 20 grm. masła, 50 grm. cukru, 1 grm. soli kuchennej i 1/2 grm. sody. Miesza się następnie wszystko razem i dodaje się ubite na pianę białko. Gotuje się, jak budyń w formie. Podaje się rozcieńczony w herbacie lub w serwatce w stosunku 1:2 lub 1:1. Litr tej rozcieńczonej mieszanki ma wartość kaloryjną — 800 Kal.

Co się tyczy białka roślinnego, to zasługuje na uwagę t. zw. mleko migdałowe *Moll'a*. Jest to odżywianie lecznicze, przejściowe, obliczone na kilka dni, dla leczenia zaburzeń żołądkowo-jelitowych u niemowląt i daje bardzo dobre wyniki. Dla przygotowania mleka migdałowego jest jednakże niezbędną serwatka mleka krowiego.

Przygotowanie mleka migdałowego *Moll'a* jest następujące: do litra mleka krowiego, odtłuszczonego. dodaje się 4 — 5 grm. calcium lacticum i razem nagrzewa się na ogniu; kazeina ulega strąceniu w postaci dużych płatków; po przesączeniu przez płótno otrzymuje się serwatkę; jest to jasny płyn zawierający tylko 0,3% białka. Następnie 150 grm. słodkich migdałów, po wymoczeniu w wodzie (12 — 24 godz.), obiera się z łupin, rozciera na miazgę przy stopniowem dolewaniu wody w ilości litra; otrzymaną emulsję przesącza się. Po zmieszaniu otrzymanego litra serwatki i litra emulsji migdałowej i po dodaniu 30 grm. mąki ryżowej, 50 — 100 grm. cukru, — wszystko razem zagotowuje się. Otrzymana mieszanka ma wartość kaloryjną 700 Kal. w litrze, czyli tyle co pokarm naturalny. Podaje się niemowlętom w ilościach odpowiadających pokarmowi zwykłemu.

Mleko migdałowe *Moll'a* zawiera:

0,8% białka
2,5% tłuszczu
6,0% cukru
0,5% soli mineralnych
1,5% mąki

Tłuszcz mleka migdałowego nie zawiera kwasów stearynowego i palmitynowego, lecz wyłącznie kwas oleinowy. Dodatek serwatki zapewnia obecność niezbędnych soli mineralnych zapobiegających odwodnieniu. Białko mleka migdałowego jest to pełnowartościowa proteina, nadzwyczaj łatwo strawna gdyż przy swej degradacji chemicznej nie wytwarza przejściowych albumoz lecz substancje dalsze jak peptony i kwasy aminowe.

W szpitalu Debrousse podaje się mleko migdałowe niemowlętom 2 — 3 miesięcznym z zaburze-

niami jelitowemi i odżywiania. Po 6 — 8 dniach można przejść stopniowo na odżywianie zwykłe,

II Węglowodany.

Węglowodany dodaje się do mieszanek niemowlęcych w postaci cukru zwykłego i różnego rodzaju mączek. Różne mączki zawierają nieco odmienne ilości węglowodanów:

Mąka ryżowa	— 80,0%
„ pszenna	— 75,0%
„ kukurydzowa	— 72,0%
„ owsiana	— 67,8%

Te różne mączki mogą być podawane już b. młodym niemowlętom, szczególnie jeżeli jednocześnie dodaje się do mieszanek wyciąg słodowy. Rozpoczyna się zwykle od mąki zawierającej najwięcej węglowodanów i najmniej białka i tłuszczów.

Piéro Brusa poleca szczególnie mąkę z kasztanów. Mąka ta ma skład następujący:

Subst. azotowych	4,00%
Tłuszczów	3,69%
Glukozy	12,00%
Sacharozy	20,00%
Skrobji	50,60%

Prócz tego mąka ta zawiera dużo lecytyny i w dużej ilości witaminy B.

Po dodaniu pewnej ilości białka i wyciągu słodowego otrzymuje się odżywianie pełnowartościowe.

Brusa poleca następujący przepis:

Mąki kasztanów	80 gmr.
Mleka	300 grm.
Wody	600 grm.
Cukru	25 grm.
Wyciągu słodowego	15 grm.

Całość daje 780 kalorji; mieszanka ma dobry smak i bywa dobrze tolerowaną przez chore niemowlęta.

III Tłuszcze.

Tłuszcze odgrywają dużą rolę w odżywianiu niemowląt dzięki wysokiej wartości kaloryjnej tłuszczu i obecności czynnika A, który wywiera wpływ na odżywianie nabłonków i na wzrost. Usunięcie tłuszczów z odżywiania na czas dłuższy prowadzi do zaburzeń. Tłuszcz podaje się głównie w postaci masła; minimalne zresztą dawki są wystarczające w celu dostarczenia czynnika A, dawki doskonale tolerowane przez najbardziej wrażliwe niemowlęta. W djecie Hamburgera masło może być zastąpione przez oliwę lub tran w ilości 7 — 10 grm.

IV Witaminy.

Praktycznie wystarczającym jest dodatek do odżywiania — tranu i soku pomarańczowego.

V Sole mineralne.

Prócz roli materjału plastycznego, niektóre sole mineralne działają raczej jakościowo, podobnie do witamin, na rozrost tkanek. Są to: sole wapniowe, fosforowe, potasowe, magnezowe i żelaza. Nie licząc chlorku sodu wszystkie te sole są obecne w djetach podanych wyżej, a mianowicie w żółtku, wątróbce i móżdżku.

Z powyższego wynika, że niemowlęciu można podać odżywienie chemicznie pełnowartościowe, niezależnie od mleka. Różni autorzy, którzy stosują od szeregu lat u niemowląt djetę bezmleczną zgadzają się, że daje ona dobre wyniki, nawet po szeregu miesięcy.

Hamburger i *Epstein* podkreślają, że djeta bezmleczna jest dobrze tolerowaną. Wzrost i waga wykazuje liczby normalne, jędrność tkanek dobra, brak zaburzeń jelitowych, krzywicy, niedokrwistości, opóźnionego ząbkowania.

Lecz mimo zgodności pomiędzy obserwacjami klinicznemi, a wnioskami teoretycznemi i badaniami chemicznemi, autorzy są zdania, że djeta bezmleczna nie powinna być stosowana bezwzględnie i systematycznie. Jest to odżywianie do pewnego stopnia wyjątkowe, wymagające pewnych ścisłych wskazań leczniczych. Szerzej można stosować djetę z ograniczeniem mleka (mieszaną). Wystarczy w tym celu 150 — 200 grm. mleka na dobę.

Wskazania do stosowania djety bezmleczn j muszą być dokładnie ustalone i ścisłe. Do nich należą niektóre uporczywe zaburzenia żołądkowo-jelitowe, związane ze zmniejszoną tolerancją mleka krowiego, lub nadwrażliwością anafilaktyczną; wypryski skórne, wreszcie niektóre stany niedokrewności i dystrofji zależne od poprzedzającego podawania mleka krowiego w ilościach zbyt dużych. Należy indywidualizować każdy przypadek dokładnie i myśleć kategorjami fizjologicznemi.

Wykrywanie gruźlicy u dzieci szkolnych. (Le dépistage de la tuberculose chez l'écolier). Léon Bernard.

Pédiatrie. Juillet 1932.

Wczesne wykrywanie gruźlicy u dzieci szkolnych jest sprawą zawsze aktualną zarówno ze względów społecznych, jak i ze względu na głębokie zmiany w poglądach dotyczących rozwoju gruźlicy i różnych problematów związanych z tą sprawą. Przed 25-ciu laty, w szkołach paryskich zbadano z inicjatywy Grauchera 896 dzieci, z których 141 zakwalifikowano do chorych na gruźlicę gruczołowo-płucną, czyli powyżej 15%.

W owych czasach, powiększenie gruczołów wnękowych uchodziło za podstawowy objaw gruźlicy wieku szkolnego, w zupełności wystarczający dla rozpoznania tej choroby. Objawy fizykalne, które pozwalały stwierdzić powiększenie gruczołów wnękowych uważano za pewne i precyzyjne. A mianowicie: od przodu przytłumienie w okolicy mostka i na wysokości dwóch pierwszych przestrzeni międzyżebrowych; od tyłu przytłumienie w przestrzeniach międzyłopatkowych. Osłuchiwanie w tych okolicach wykrywało bądź chuchający wydech, bądź wdech szorstki; prócz tego wzmożone przewodnictwo szeptu na wysokości kręgów piersiowych (objaw d'Espine'a), objaw Smith'a i szereg innych.

Na stwierdzeniu tych objawów budowano rozpoznanie powiększenia gruczołów wnękowych, a rozpoznanie tego powiększenia było równoznaczne z rozpoznaniem gruźlicy.

Późniejsze badania rentgenograficzne zdawały się potwierdzać istnienie tej ściśle określonej jednostki chorobowej jaką było powiększenie gruczołów wnękowych.

Szereg objawów czynnościowych i ogólnych, jak to: kaszel napadowy, spowodowany uciskiem powiększonych gruczołów na nerwy śródpiersia, uwidocznienie sieci naczyń żylnych na klatce piersiowej, bladość, wątły i subtelny wygląd dzieci, — składały się na wyodrębnienie zespołu chorobowego t. zw. „praetuberculosis".

W ostatnich latach powstała żywa reakcja ze

strony wielu wybitnych klinicystów, których poglądy zostały zesumowane przez Rist'a i Lévecque'a. Cała misterna budowa poprzednich rozumowań została obaloną; nie oparły się krytyce ani objawy opukowo-osłuchowe, na których opierano rozpoznanie powiększenia gruczołów wnękowych, ani objawy, które miały potwierdzać gruźliczy charakter tego powiększenia.

Istotnie nie daje się zaobserwować żadnego związku wzajemnego pomiędzy różnemi objawami, które mają wskazywać na powiększenie gruczołów wnękowych. Objawy fizykalne nie zgadzają się często z danemi radjologicznemi i objawami ogólnemi. Zmiany oddechu są często pochodzenia płucnego w związku ze zmianami samego miąższu, a także mogą być spotykane u dzieci zupełnie zdrowych. Objawy „klasyczne" stwierdza się u 50% dzieci normalnych. Odwrotnie przy badaniu pośmiertnem wykrywa się często zmiany gruczołów, które za życia nie dawały żadnych szczególnych objawów.

Radjoskopja daje obrazy, które należy oceniać z wielką ostrożnością. Dłuższy czas wyprowadzano wnioski nie starając się przedewszystkiem ustalić obrazu normalnej wnęki płucnej. I tak cienie naczyniowe przysercowe uważane były za cienie gruczołowe, a plamy powstałe wskutek krzyżowania się naczyń przyjmowane były za zwapnienia gruczołowe. Prócz tego, należy zauważyć, że cienie rzeczywiście patologiczne odpowiadają najczęściej zmianom płucnym; cienie wyłącznie gruczołowe są rzadkością, i wg. *Levecque'a* jedynie cień przytchawicowy prawy jest pochodzenia gruczołowego.

Jasnem jest, że te sprzeczności utrudniają ocenę obrazów rentgenograficznych dotyczących powiększenia gruczołów wnękowych.

Autor sądzi, że w pozycji frontalnej, gruczoły po stronie lewej są przykryte sercem i stale widoczne w tem miejscu cienie przysercowe nie mają znaczenia patologicznego. Po stronie prawej zaś cienie przekraczające granicę serca można odnosić do zmian we wnęce. Jednak, aby znaczenie chorobowe tych cieni było pewne muszą one być dosyć znaczne i wg. Levecque'a są przeważnie pochodzenia płucnego.

Co się tyczy zespołu objawów ogólnych i czynnościowych, które mają odpowiadać powiększeniu wnęk, to w tym wypadku także należy zachować rezerwę. Objawy uciskowe prawie nie istnieją u starszych dzieci. Siatka żylna na skórze klatki piersiowej jest zjawiskiem banalnem.

Zespół objawów ogólnych pozwalał dawniej rozpoznawać często pewien stan poprzedzający niejako rozwój gruźlicy t.zn. „praetuberculosis". Wg. autora nazwa ta wogóle powinna zniknąć z języka lekarskiego, ponieważ: albo ten stan ogólny odpowiada objawom zatrucia toksynami gruźliczemi i wtedy jest to poprostu gruźlica, albo zespół ten jest wyrazem pewnego stanu astenicznego, konstytucyjnego, który nie ma nic wspólnego z gruźlicą. A więc, wg. autora, klasyczny obraz adenopatji gruźliczej jest tworem sztucznym.

Dawniejsze rozpoznanie powiększenia gruczołów wnękowych równoznaczne było z rozpoznaniem gruźliczego charakteru tego powiększenia. W rzeczywistości jednak istnieją powiększenia gruczołów okołooskrzelowych o różnej etjologji banalnej. Zdarza się to zwykle pod wpływem odry, krztuśca, zakażeń noso-gardzielowych. Dla odróżniania służą odczyny tuberkulinowe, których znaczenie powiększa się o ile udaje się stwierdzić wystąpienie ich łącznie z objawami chorobowemi ogólnemi u osobników reagujących dotąd odczynami ujemnemi.

Zresztą obecnie cały problemat gruczołowy uległ niejako przemieszczeniu. Sprawa powiększenia wnęk bynajmniej nie jest istotną w gruźlicy dzieci szkolnych i stwierdzenie u nich tej choroby powinno odbywać się według innych zasad.

Zakażenie gruźlicze przebiega w wielu fazach. Fazy te są częściowo związane z wiekiem dziecka; lecz w rzeczywistości nie wiek rządzi kolejnością tych okresów; wszystko zależy od czasu, w którym wystąpiło zakażenie pierwotne i od zmiennego rytmu warunków odczynowości ustrojowej (allergji) i zakażeń powtórnych. Identyczne fazy z właściwym im obrazem klinicznym można spostrzegać w różnym wieku dziecka.

Rozpoznawanie u dzieci szkolnych form ukrytych gruźlicy nie może być dokonywane bez stosowania odczynów tuberkulinowych, gdyż jak z samego określenia wynika, żaden objaw może nie zdradzać tych postaci. Okres zakażenia pierwotnego najczęściej jest nieuchwytny dla otoczenia. Drobne objawy ogólne, jak suchy kaszel, chudnięcie, wahania ciepłoty, nawet znaczne wahania o typie zmiennym mogą towarzyszyć fazom utajonym gruźlicy, ale bynajmniej nie muszą i nie są dla nich patognomoniczne, gdyż często zależą od przyczyn banalnych, jak zakażenia jamy noso-gardzielowej, przewlekłe schorzenia wyrostka robaczkowego i t. d.

Nie należy więc przypisywać dużego znaczenia „klasycznym" objawom powiększenia gruczołów wnękowych, lecz większą uwagę zwrócić na ogniskowe objawy ze strony płuca i opłucnej i obrazy rentgenograficzne, których znaczenie jest bliżej znane, jak to: zaciemnienia całego lub części płatu, drobne rozsiane plamy i obrazy odpowiadające zejściom zakażenia pierwotnego. Zmiany te w połączeniu z badaniem odczynów tuberkulinowych i badaniem treści żołądkowej na prątki gruźlicze, wreszcie staranne wywiady rodzinne, mogą przyczynić się istotnie do wczesnego wykrycia gruźlicy w jej różnych fazach u dzieci szkolnych.

Dury brzuszne z nawrotami u dzieci. (Les fièvres typhoïdes á rechutes chez les enfants). P. Nobécourt.

La pédiatrie pratique. Septembre 1932.

Nawroty choroby w przebiegu duru brzusznego zaczęto opisywać w pierwszej połowie XIX stulecia, gdy sama choroba klinicznie była już dokładnie wyodrębniona. Wspomina o tem Taupin i Rilliet et Bartlaz w podręczniku z r. 1843.

U dzieci częstość nawrotów bywa różną. Według obserwacji Rilliet et Barthez'a nawroty występują w 2,7% przypadków duru brzusznego. Radoi Ziver, w r. 1892, na 5.614 przypadków, podaje 370 nawrotów, czyli 6.5%. Comby w r. 1899 podaje aż 30%. Wśród dorosłych częstości nawrotów podawaną jest na 4,5%.

Nawroty mogą występować w każdym wieku dziecka. W tych okresach nie było jeszcze ścisłego zróżniczkowania pomiędzy durem wywołanym lasecznikiem Eberth'a, a durami rzekomemi.

Autor zajmuje się wyłącznie durem istotnym, wywoływanym lasecznikiem Eberth'a.

Dur brzuszny z nawrotami obejmuje trzy fazy: Pierwszy okres stanowi dur jako taki. Drugi okres — faza bezgorączkowa. Trzeci okres — nawrót.

Pierwszy okres nie przedstawia nic szczególnego. Dur może przebiegać we wszelkich postaciach spotykanych u dzieci — lekkich, średnio-ciężkich lub ciężkich, albo poronnych lub przedłużających się. Naogół nawroty zdarzają się częściej w postaciach lekkich; dosyć rzadko w postaciach ciężkich. Spadek ciepłoty bywa powolny lub nagły. Ciepłota opada do 37°. Następuje początek rekonwalescencji. Razem z nią rozpoczyna się druga faza — bezgorączkowa. Przerwa pomiędzy zakończeniem okresu gorączkowego, a początkiem gorączki nawrotowej bywa różną i może wynosić od 1 do 15 dni; najczęściej zdarza się pomiędzy trzecim a dziewiątym dniem. Wyjątkowo obserwowano dłuższą przerwę niż 15 dni.

W czasie okresu bezgorączkowego poprawa stanu może odbywać się zupełnie prawidłowo. Ciepłota utrzymuje się około 37°, tętno bywa względnie wolne, łaknienie dobre, język wilgotny, stolce normalne; jama brzuszna nie przedstawia nic szczególnego. Żaden objaw nie pozwala przewidzieć wystąpienia nawrotu. Taki przebieg zdarza się rzadko. Częściej różne objawy wskazują, że choroba nie jest zakończona. Ciepłota nie jest monotermiczną i wieczorami wykazuje 37.5° — 38°. Tętno jest przyśpieszone, język obłożony. Istnieje biegunka lub zaparcie. Śledziona pozostaje powiększoną. Nie stwierdza się obfitego oddawania moczu.

Trzeci okres stanowi nawrót duru. Cechuje się on wznowieniem gorączki i różnemi objawami. Gorączka bywa objawem stałym; początek jej bywa nagły z towarzyszeniem dreszczów i wymiotów lub bardziej powolny, narastający, tak, że dosięga ona najwyższego wzniesienia 3 — 8 dnia. Dalej krzywa ciepłoty zachowuje się rozmaicie. Gorączka pozostaje często jedynym objawem nawrotu. Inne objawy duru brzusznego rzadko występują w całym zespole. Czasami 3—4 dnia pojawia się różyczka, częściej 5—6 dnia; często różyczka wcale nie pojawia się. Powiększenie śledziony występuje rzadko. Najczęściej gorączka bywa umiarkowaną i trwa do 2-ch tygodni. W postaciach ciężkich gorączka może być wysoka i czas trwania jej może wynosić do trzydziestu dni. W 9% przypadków nawrót bywa w postaci poronnej i zaznacza się jedynie gorączką trwającą 2—3 dni.

Różni autorzy podkreślają fakt, że naogół zespół objawowy nawrotu przypomina całkowicie poprzedzającą chorobę z tą różnicą, że objawy nawrotu są złagodzone i czas trwania ich jest krótszy.

Według autora nie należy uogólniać tego zapatrywania, gdyż czasami nawrót bywa bardziej ciężki i długotrwały, niż okres I choroby. Czas trwania całkowitej choroby osiąga w ten sposób 40 do 50 dni.

Najczęściej zdarza się tylko jeden nawrót, czasami bywa ich więcej; obserwowano nawet sześć nawrotów; choroba trwała w tym przypadku 4 miesiące. Jeżeli powstaje drugi nawrót to zwykle przerwa bezgorączkowa pomiędzy niemi bywa dłuższą, niż pomiędzy chorobą początkową, a nawrotem. Powtórny nawrót ma zwykle początek nagły, czas trwania od 5 — 20 dni.

W przebiegu nawrotów mogą występować powikłania typowe wogóle dla duru brzusznego. Nie występują one częściej w przebiegu nawrotów. Zdarzają się więc powikłania płucno-opłucnowe, nerwowe i przedziurawienia jelit. Naogół rokowanie w nawrotach jest pomyślne, ale zdarzają się także przypadki śmiertelne.

Właściwie istnieje szereg postaci przejściowych, łączących postacie duru z nawrotami, i postaciami duru przedłużającemi się ponad czas trwania zwykły. Jak wspomniano wyżej przerwa pomiędzy chorobą początkową, a nawrotem może wynosić tylko 1 — 2 dni.

Dury o długim czasie trwania można ujmować jako połączenie zasadniczej fazy choroby z nawrotem. W tych przypadkach krzywa ciepłoty nie bywa regularną; wykazuje ona w przebiegu załamania z następnemi obostrzeniami. W czasie załamania się ciepłoty, objawy ogólne łagodnieją, aby następnie uledz nasileniu; jednocześnie pojawiają się nowe wykwity różyczkowe. Słowem, dur brzuszny przebiega w postaci rzutów, które mogą następować bądź po przerwie bezgorączkowej bądź też bez żadnej przerwy wyraźnie uchwytnej. Różne te wahania wykazują, że chodzi tu o zjawiska identyczne zależne od okresowego wzmagania się żywotności zarazka durowego.

Etjologja i patogeneza nawrotów durowych nie jest jeszcze wyświetloną. Dawniej przypisywano nawroty błędom djetycznym lub błędom w pielęgnowaniu. Obecnie wiadomo że laseczniki durowe mogą długo utrzymać żywotność w niektórych narządach ustroju jak: szpik kostny, śledziona, woreczek żółciowy. Przypuszczają, że mogą one ponownie opanować krwiobieg w razie niedostatecznie silnego początkowego uodpornienia ustroju. Trudno przypuścić aby ten brak uodpornienia był zależnym od złośliwości zarazka, bowiem nawroty widuje się szczególnie w postaciach lekkich duru. Raczej odgrywają tu rolę warunki ustrojowe, podłoże konstytucjonalne, u dzieci limfatycznych, dotkniętych niedomogą wątroby i t. d. Jednak te warunki nie są jeszcze uchwytne. Istnienie nawrotów powinno być dobrze znane, gdyż może prowadzić do trudności rozpoznawczych, pomiędzy możliwością nawrotu, a różnemi powikłaniami duru brzusznego.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Leczenie zapobiegawcze przeciwko zapaleniu opon mózgowych w przypadkach złamań czaszki. (Le traitement préventif de la meningite dans les fractures du crane). V u l l i e t.

La Présse Méd. Nr. 52; czerwiec 1932.

S t ł u c z e n i e m ó z g u (contusio cerebri) jest najczęstszą przyczyną śmierci w przypadkach złamań czaszki. Na zebranych przez autora 230 odnośnych przypadków zmarło 74, z nich w 5 5 % przyczyną śmierci było stłuczenie mózgu. Autor podkreśla fakt powyższy jedynie dlatego, żeby zwrócić uwagę na zbyt szerokie stawianie przez niektórych chirurgów wskazań do trepanacji w przypadkach złamań czaszki, bo przecież tam, gdzie nastąpiło stłuczenie mózgu, trepanacja niewiele pomoże. Autor jest nietylko za ściślejszem ograniczeniem wskazań do tego zabiegu, ale wo-

góle uważa, że złamania czaszki (poza wyraźnem wgnieceniem kości, wymagającem odpowiedniej toalety rany), bardzo rzadko dają wskazania do natychmiastowego dłutowania kości czaszki.

Poza stłuczeniem mózgu, następną co do częstości przyczyną śmierci chorych ze złamaniem czaszki jest zapalenie opon mózgowych. Ze statystyki autora na 20 odnośnych przypadków piętnastu chorych zmarło wskutek powyższego powikłania, co wynosi po odrzuceniu chorych, zmarłych w ciągu pierwszych 2 — 3 dni — 14 %. Zakażenie wychodzi najczęściej (więcej niż w połowie przypadków) z nosa i jam przyległych, wikłając złamanie odnośnych kości.

O ile w przypadkach stłuczenia mózgu chirurg jest naogół bezsilny, to o ile chodzi o zapalenie opon — posiada on skuteczną broń w postaci surowic swoistych, głównie przeciwpaciorkowcowej i przeciw dwoinkom zapalenia płuc. Chorzy, u których już wystąpiły objawy kliniczne zapalenia opon, mogą być (poza bardzo nielicznemi przypadkami), uważani za straconych. To też cały wysiłek chirurga musi być skierowany przeciwko możliwości wystąpienia tego powikłania, w kierunku zapobiegania. Ponieważ stwierdzono na całym szeregu przypadków, że zapalenie opon mózgowych, wikłające złamanie czaszki, bywa wywoływane prawie wyłącznie przez łańcuszkowce i dwoinki zapalenia płuc (niesłychanie rzadko przez gronkowce i meningokoki), więc chorym odnośnym natychmiast po przybyciu do szpitala wstrzykiwano, poza surowicą przeciwtężcową, 10 cm³ surowicy przeciwpaciorkowcowej i 10 cm³ surowicy przeciwpneumokokowej; poza tem, unikano wszelkich zabiegów takich jak przemywania nosa i ucha, które mogłyby się przyczynić do zakażenia opon z jam, komunikujących się z ogniskiem złamania.

Wynik stosowania tych wstrzykiwań zapobiegawczych na materjale autora był taki, że o ile w okresie przed stosowaniem surowic na 200 przypadków złamań czaszki było 15 zgonów wskutek zapalenia opon mózgowych, to od chwili, kiedy zaczęto stosować regularnie wstrzykiwania surowic, na 188 przypadków — ani jednego powikłania zapalenia opon.

Leczenie ropni i przetok przyodbytniczych. (Sur les suppurations périanorectales). Kaufmann. *La Presse Méd. Nr. 52; czerwiec 1932.*

Wszelkie ropienia w okolicy odbytu są pochodzenia albo skórnego (czyrak, krwiak pourazowy, rana), albo kiszkowego (obrażenie śluzówki, jej zapalenie, zapalenie żył odbytniczych), ale każda przetoka przyodbytnicza zawsze dowodzi jednoczesnego schorzenia ściany kiszki i obecności tak zwanego „otworu wewnętrznego“.

Ropień przyodbytniczy, torując sobie drogę w kierunku pośladków i krocza, może się szerzyć bądźto podśluzówkowo, między śluzówką i zwieraczem, przebijając się nazewnątrz na samym brzegu odbytu, bądźto przebija całkowicie, ścianę odbytnicy, zajmując dół kulszowo-odbytniczy ku wewnątrz od zwieracza (przetoka na kroczu), bądź też przebijając i ścianę, i zwieracz, szerząc się ku dołowi na zewnątrz od zwieracza i przebijając się na kroczu zdala od odbytu. Do tej ostatniej grupy należą ropnie kulszowoodbytnicze (ischio-rectalis) i miedniczno-odbytnicze (pelvirectalis), między któremi istnieje tylko ta różnica, że jedne przebijają przeponę miedniczną w swem opuszczaniu się ku dołowi, inne nie, poza tem w obrazie klinicznym i leczeniu niema między niemi żadnych istotnych różnic.

Najlepsze wyniki lecznicze daje możliwie wczesne otwarcie ropnia podśluzówkowego lub wewnątrzściennego szeroko od strony światła odbytnicy. Zabieg ten jest wskazany również w przypadkach późniejszych, kiedy ropień się już uformował i szerzy się ku dołowi nazewnątrz od odbytnicy, i zawsze możliwy jest do przeprowadzenia, tylko nie zawsze wystarcza do wygojenia się cierpienia.

Jeśli ropień opuścił się już i jest pod skórą krocza lub pośladka, to trzeba go sączkować i od dołu; dotyczy to również przetok odbytu, biegnących wewnątrz zwieracza. Po rozszerzeniu odbytu, nacina się śluzówkę począwszy od otworu wewnętrznego (jako punktu wyjścia ropnia) w dół w linji pionowej, a następnie, skórę — promienisto od odbytu i wzdłuż linji prostopadłej do poprzedniej biegnącej razem z nią w jednej płaszczyźnie. Obydwa te cięcia zbiegają się na brzegu odbytu i sprawiają, że cała jama ropnia względnie kanał przetok komunikują się szeroko ze światłem odbytnicy i światem zewnętrznym. Sączkowanie następowe bywa naogół zbędne; rana zaczyna się goić prawidłowo po 2 — 3 dniach i odtąd chory opatrunków właściwych już nie potrzebuje (wystarcza mycie mydłem okolicy odbytu); w ciągu 30 dni rana jest zagojona.

Co się tyczy ropni, szerzących się nazewnątrz od zwieracza, to po nacięciu ściany ropnia od strony światła kiszki, cięcie skórne prowadzi się promienisto do odbytu ale tak, aby nie przecinać pod żadnym pozorem zwieracza, gdyż to pociąga za sobą (w ogromnej większości przypadków) następowe nietrzymanie gazów, a czasami i stolca (końce przeciętego zwieracza wgajają się w rozsypaną bliznę i nie spotykają się ze sobą). Dren gumowy wprowadza się od rany skórnej w kierunku rany w ścianie odbytnicy. Kiedy się stwierdzi palcem, wprowadzonym do odbytnicy, zupełne zagojenie się „otworu wewnętrznego“, wówczas powoli wyciąga się z rany sączek gumowy (codziennie o 2 mm.).

Jeśli zaś chodzi o przetoki odnośne (nazewnątrz od zwieracza), to postępowanie jest zasadniczo to samo, tylko należy szczególnie dokładnie wyciąć śluzówkę dookoła otworu wewnętrznego i ścianę przetoki na całej jej długości. W przypadkach wyjątkowo uporczywych większą daje gwarancję zagojenie się przetoki wykonanie częściowej operacji Whiteheada (danego wycinka odbytnicy) — wycięcie śluzówki między otworem wewnętrznym i brzegiem odbytu i przyszycie dolnego brzegu pozostałej tu śluzówki do skóry odbytu; pozatem sączkowanie jak wyżej: W przypadkach nietrzymania należy wyciąć klinowo bliznę odbytu i, następnie, zeszyć wszystkie warstwy (szczególnie zwieracz) możliwie dokładnie.

Odruchy chorobowe, wychodzące ze ściany żył. (Réflexes engendrés par une irritation veineuse). Delater.

La Presse Méd. Nr. 60, lipiec 1932.

Poza szeregiem odruchów fizjologicznych, w ścianach żylnych mogą mieć w pewnych stanach chorobowych swój punkt wyjścia i pewne odruchy nieprawidłowe. W powstawaniu odruchu biorą tutaj udział zakończenia nerwowe śródbłonka żylnego i cały szereg nerwowych ośrodków współczulnych, rozsypanych wzdłuż ścian żylnych i tętniczych, w głównym pniu nerwu współczulnego i w rdzeniu kręgowym. Czynnikiem, wywołującym powstanie odruchu nieprawidłowego, bywają: wstrzykiwania dożylne chemicznych środków drażniących i stany zapalne żył.

I. Środki chemiczne. Prawie natychmiast po wstrzyknięciu do światła żyły środka drażniącego powstaje silny i rozległy skurcz, dotyczący często całej żyły z jej rozgałęzieniami; skurcz ten utrzymuje się jakiś czas i towarzyszy mu dosyć charakterystyczne uczucie podmiotowe („kurcz"). Poza tem widuje się również podnoszenie się włosów na skórze danej części kończyny („gęsia skórka") i wzmożone wydzielanie potu.

II. Zapalenia żył. Zapaleniom żył powierzchownych towarzyszyć może skurcz całej żyły, a nawet i odpowiedniej tętnicy — z następowemi objawami ostrego niedokrwienia, zniesieniem wskaźnika oscylometrycznego i chromaniem przestankowem. Skurcz taki utrzymuje się nieraz tygodniami, ustępując częściowo pod wpływem acekoliny.

Zapaleniom żył głębokich towarzyszy — poza skurczem tych żył — wystąpienie obrzęków danej kończyny, przyczem obrzęki te nie są bynajmniej następstwem zatkania żyły (doświadczalne podwiązanie pnia żylnego nie daje obrzęków kończyny), a jedynie odruchowego wpływu na śródbłonek włośniczek, zwiększającego ich przepuszczalność dla białek krwi.

Poza tem widuje się tu: zwiększone wydzielanie potu, zaburzenia naczynioruchowe (zasinienie skóry), zaburzenia ze strony odruchu włosowego (zwykle bywa zniesiony), stałe rozszerzenie porażenne drobnych żyłek w skórze (niepożądane pod względem kosmetycznym), przebarwienia skóry (placki brązowe, białe), wykwity skórne i inne.

Leczenie stanów powyższych polega na przerwaniu łuku odruchowego, wychodzącego ze ściany żylnej. Do celu tego prowadzi najprościej wycięcie chorego odcinka żyły względnie jego wyseparowanie i oddzielenie od otoczenia. W pewnych razach dobre wyniki daje również odnerwienie odnośnej tętnicy (sympaticectomia periarterialis), jak również wstrzyknięcie do zmienionej żylakowato żyły w celach leczniczych odpowiednich środków drażniących chemicznie (wpływ porażający na zakończenie nerwowe w ścianie żyły).

M. Czyżewski.

CHIRURGJA PLASTYCZNA.

Leczenie złamań nosa z punktu widzenia plastycznego. (Traitement des fractures nasales envisages au point de vue plastique). M. Coelst.

Rev. d. Chirurgie Plast. no. 1 avril 1932 str. 27

Autor wychodzi ze założenia, że leczenie świeżych złamań nosa powinno być zupełnie odmienne od leczenia starych. W pracach, które ukazały się w ciągu ostatnich lat, autorzy wskazują na leczenie operacyjne obydwu rodzajów złamań jedną metodą.

Metoda ta, którą autor określa „rhinologiczną", ponieważ posługują się nią przeważnie rhinolodzy, może być zastosowana tylko do świeżych fraktur. Tylko dla tych przypadków metoda rhinologiczna daje doskonałe wyniki.

Natomiast do leczenia starych złamań, podkreśla autor, zastosować trzeba metody operacyjne chirurgji plastyczno-estetycznej i połączyć je w jedną typową operację, którą należałoby zastosować w największej części przypadków.

Autor w końcu ustala następujące istotne wytyczne: 1) metoda t. zw. „rhinologiczna" powinna być zastosowana tylko w świeżych przypadkach złamań nosa, 2) „plastyczna" musi być zastosowana przedewszystkiem w leczeniu starych złamań nosa i dodatkowo jako estetyczne uzupełnienie w świeżych przypadkach, które nie zostały zupełnie naprawione metodą „rhinologiczną" 3) metoda „rhinologiczna" nie ma innego celu, jak ułożenie normalnego i ustalenie niezmienionych w swej formie elementów anatomicznych nosa, które zostały siłą mechaniczną przesunięte z właściwego miejsca. Metoda „plastyczna" natomiast zmienia morfologiczną budowę zniekształconych i przesuniętych elementów i formuje tym sposobem nową morfologję nosa.

Z tego powodu metoda statnia wymaga od chirurga nie tylko znajomości techniki chirurgicznej, lecz również pewnego doświadczenia i artystycznego wyszkolenia.

Bliznak, stan chorobowy blizny i jego leczenie. (La cheloide, maladie de la cicatrice, son traitement). F. Acquaviva.

Société Scientifique Française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, séance du 6 juin 1930 str. 37.

Autor ustala przedewszystkiem różnice zwykłego przerostu łączno-tkankowego blizny, pseudobliznaka, a bliznaka prawdziwego, który jest nowotworem o charakterze naczyniako-włókniakowym (angio-fibroma). Cechuje go poza przerostem elementów tkanki łącznej, rozszerzenie naczyń krwionośnych i limfatycznych.

Pseudobliznaki, blizny z przerostem łącznotkankowym usunąć można za pomocą wycięcia i zwykłych środków kaustycznych, fizykalnych lub chemicznych.

Tym środkom i sposobom leczenia opiera się zawsze prawdziwy bliznak, który rozpoznać można w 8 na 10 przypadków według znamion ustalonych przez Brocqu'a: krótki masaż blizny kciukiem i palcem wskazującym powoduje pęcznienie powiększenie się, „erekcję" blizny, — czego nie wykazuje pseudobliznak t. j. zwykły przerost łączno-tkankowy blizny.

Leczenie zasadnicze bliznaka polega na stosowaniu promieni Roentgena lub radu. Promienie, jako środek zapobiegawczy stosuje się również w przypadkach podejrzanych u osobników skrofulicznych, limfatycznych i chorych z objawami przerostu gruczołu tarczowego.

Bliznaki wielkie leczy się połączonym sposobem chirurgicznym i radjologicznym, promieniami X lub radem. Bliznaki mniejsze naświetlaniem niem lampą Kromayera, djatermokoagulacją, galwanokauterem, które dają również dobre wyniki.

Zniekształcenie i nerwice. (Entstellung und Neurose). Prof. Schulz.

Rev. d. Chirurgie Plast. no. 1 avril 1932 str. 17.

Zagadnienie zniekształceń i nerwic wymaga wyjaśnienia kwestji dotyczącej właściwej oceny zniekształcenia, rozróżnić należy objektywną i subjektywną ocenę, im więcej obydwie rozchodzą się, tem bardziej jest pewnem, iż wchodzi w grę czynnik psychiczno-nerwowy.

Ocena zniekształcenia jest wynikiem funkcji określenia osobistej wartości człowieka z punktu widzenia fizycznego i estetycznego wyglądu. Funkcja ta może uwydatnić się jako obłęd lub zaburzenia psychiczne, które często zachodzą. Funkcje powyższe doprowadzić mogą również do nerwic w tych przypadkach, w których wchodzą w grę społeczne warunki i wartości. Mogą one również być objawami drugorzędnej doniosłości w przypadkach, istniejących już nerwic i wreszcie mogą być użyte pod pretekstem wywołania współczucia, względów, wymuszania pieniędzy i t. d. (Projekcja neurotyczna).

Chorzy ostatniej kategorji skierowują sami uwagę lekarza na swoje zniekształcenia i udaremniają często próby leczenia. We wszystkich przypadkach i przedewszystkiem we wątpliwych jest koniecznem wejść w kontakt ze specjalistą neurologiem lub psychiatrą, ażeby ustalić ścisłe rozpoznanie i jasne wskazania do ewentualnego zabiegu, co wydaje się niemożliwem, jeśli przypadek nie został najdokładniej zbadany.

Przypadek poparzenia sutków promieniami Röntgena, z pokazem chorej. (Un cas de brulure des seins par rayons X. Presentation du malade). E. Dartigues.

Société Scientifique Française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, séance du 6 juin 1930 str. 44.

Chora miała przed siedmiu laty nieznaczny wyciek z lewego sutka. Profesor Gosset nie potwierdził rozpoznania złośliwego nowotworu. Mimo to pacjentka poddała się silnemu naświetlaniu lewego sutka (10 seansów po dwie godziny), wskutek czego powstały rozległe poparzenia całego sutka, przekraczające linje przymostkową i obojczykową.

Owrzodzenie istnieje od kilku lat i mimo usilnych starań nie zagoiło się. Przed trzema latami został ponownie wykluczony złośliwy nowotwór. Kilkakrotnie z miejsc owrzodziałych powstawała róża.

Autor zamierza tkankę owrzodziałą usunąć całkowicie i poddać ją badaniu drobnowidzowemu. W razie ujemnego wyniku badania wykonać zamierza plastykę Thierscha. Inni ref. przestrzegają przed takiem postępowaniem nie rokującem żadnego powodzenia. Dr Petit osiągnął zabliźnienie się starych i długotrwałych owrzodzeń po poparzeniu promieniami Roentgena, okładami nasyconemi ogrzaną surowicą końską. Bezwzględnie jednak należy części podejrzane poddać badaniu drobnowidzowemu.

St. Michalek-Grodzki.

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

Naczynia limfatyczne jajowodu. (Lymphatiques de la trompe). Pellé A., O. Pellé.

Ann. d'Anat. path. T. 8, str. 605, r. 1931.

Autorzy zbadali w 30 przypadkach układ chłonny jajowodu zapomocą metody injekcyjnej Gerota'y. Odkryto przytem nowe połączenie limfatyczne zdążające do gruczołów podbrzusznych. Ponadto wykazano pośrednie i bezpośrednie połączenia z naczyniami chłonnemi torebki nerkowej. Powyższe odkrycie ma ważne znaczenie kliniczne, gdyż wyjaśnia często występujące w zapaleniu przydatków bóle w okolicy nerek.

W dalszych badaniach potwierdzono istnienie połączeń chłonnych pomiędzy macicą, jajowodem i jajnikiem.

Z jajowodu wychodzą 3 grupy naczyń chłonnych:

1) zewnętrzna, z okolicy bańki, daje się stwierdzić we wszystkich przypadkach; składa się ona z 4 — 5 naczyń i przebiega wzdłuż naczyń jajnikowych, dążąc do gruczołów chłonnych przy tętnicy głównej;

2) średnia, biorąca początek ze środkowej trzeciej części jajowodu, daje się wykazać zaledwie w 50% przypadków, i biegnie do gruczołów biodrowych;

3) wewnętrzna, występująca zaledwie w 15% przyp., przebiega do gruczołów podbrzusznych, leżących na wysokości skrzyżowania arteriae hypogastricae z moczowodem. Połączenia chłonnego jajowodu z wyrostkiem robaczkowym nie stwierdzono.

Naczynia chłonne pochwy. (Les lymphatiques du vagin). Cateula, Jaime.

Ann. d'Anat. path. T. 8, str. 1137, 1931 r.

W dalszym ciągu swych badań nad układem chłonnym pochwy, autor przygotował preparaty z 117 płodów, noworodków i dzieci.

C. rozróżnia naczynia chłonne towarzyszące tętnicy macicznej i jej gałęziom od tych, które towarzyszą tętnicy pochwowej.

Naczynia towarzyszące tętnicy macicznej zaczynają się głównie w górnej części pochwy; towarzyszą najpierw gałęziom pochwowym tętnicy macicznej potem jej pniowi. Krzyżują się z moczowodem i kończą się w zewnętrznych gruczołach pachwinowych, przeważnie w środkowej części tego łańcucha.

Naczynia towarzyszące tętnicy pochwowej zaczynają się z części pochwy leżącej poniżej zasięgu wyż. wspomnianej grupy naczyń chłonnych, a mianowicie z dwuch dolnych trzecich części pochwy aż do błony dziewiczej. Naczynia chłonne towarzyszące tętnicy pochwowej wlewają się do gruczołów podbrzusznych umiejscowionych przy początku tętnicy pochwowej lub tętnicy sromnej.

Naczynia chłonne wyż. omawiane znajdują się ponadto w ścisłym związku z układami chłonnemi otoczenia.

Artykuł opatrzony jest uwagą J. L. Faure'a, wskazującego na zrozumiałe niebezpieczeństwo przerzutów w przypadkach nowotworów pochwy.

Trzy przypadki kiłowego niedowładu połowiczego w połogu. (Trois cas d'hémiplegie puerpérale sy-

philitique). Gaujoux E., Goudet et Fabre.

Rev. franç. Gynéc. T. 26, str. 632, r. 1931.

Trzy przypadki niedowładu połowiczego, w których rozpoznanie postawiono nie tyle na zasadzie odczynu Wassermanna, lecz na zasadzie anamnezy i obserwacji klinicznej.

W I przypadku niedowład wystąpił w końcu ciąży, w III — w 12 godzin po porodzie, a w II — lekkie objawy wystąpiły już w końcu ciąży, a w okresie wydalania nastąpiło nagłe pogorszenie.

W kwestji leczenia autorzy stwierdzają ze zdziwieniem, że naogół stosuje się w podobnych przypadkach jedynie leczenie objawowe, zamiast przyczynowego t. j. przeciwkiłowego.

Ryzyko w tym leczeniu prawie nie istnieje, a zysk jest w wielu przypadkach niewątpliwy.

W przypadkach autorów leczenie swoiste dało w dwuch wynik dobry, w jednym pozostało bez skutku.

Tem niemniej autorzy gorąco polecają wspomniane leczenie w przypadkach niedowładów w połogu.

W sprawie wyjałowienia po cięciu cesarskiem. (A propos de la stérilisation aprés section césarienne). Burger P.

Progrés méd. 1931 I, 237 — 238.

Sprawa wyjałowienia po cięciu cesarskiem jest rozmaicie ujmowana przez rozmaitych autorów. Szkoła strasburska, do której autor należy uważa, że należy wyjałowić kobietę już po drugiem cięciu cesarskiem, jeżeli dwoje dzieci żyje i jeżeli rodzice wyrażają na piśmie zgodę na operację wyjałowienia.

Znaczny procent niepłodności stwierdzany przez piśmiennictwo po cięciu cesarskiem nie jest spowodowany, zdaniem autora, organicznemi przyczynami, lecz świadomem wystrzeganiem się ciąży z lęku przed nowemi cierpieniami związanemi z czekającym kobietę zabiegiem operacyjnym. Jeśli zajdzie ona wbrew woli w ciążę, to nie cofnie się przed żadnym ryzykiem, aby się jej pozbyć.

Przebycie dwukrotnego cięcia cesarskiego uprawnia moralnie kobietę do żądania zabezpieczenia jej przed nową ciążą.

Technicznie szkoła Strasburska wyjaławia zapomocą obustronnego wycięcia jajowodów wraz z rogiem macicy.

Zalety cięcia cesarskiego w dolnym odcinku. Kilka szczegółów technicznych. (Avantages de la césarienne basse. Quelques détails de technique). Ferey, Daniel.

Bull. méd. 1932, 37 — 38.

Autor gorąco zaleca cięcie cesarskie w dolnym odcinku, twierdząc, że wykonywać go można w przypadkach podejrzanych, jak to w kilkanaście godzin po odpływie wód, a nawet po nieudanej próbie założenia kleszczy.

Technicznie zaleca autor, co następuje: Znieczulenie najlepiej lędźwiowe, wyjątkowo tylko narkoza inhalacyjna. Cięcie poprzeczne w otrzewnej, odsunięcie pęcherza ku dołowi, cięcie w kierunku strzałkowym przez mięsień macicy. Jako szew macicy poleca autor szew katgutowy w kształcie sznurowadła do butów, t. j. dwoma nitkami prawą i lewą. Szew ten ma zapewniać szczególnie dokładną hemostazę i dobre przyleganie brzegów rany.

Wyniki miał F. bardzo dobre, przebiegi pooperacyjne gładkie, a kilka obserwowanych potem porodów samoistnych, jak również następowych cięć cesarskich, przebiegało zupełnie prawidłowo. Pacjentki przeważnie opuszczały szpital po 12 dniach pobytu.

Napady drgawek pochodzenia oponowego lub mózgowego podczas ciąży, naśladujące rzucawkę porodową. (Crises convulsives d'origine méningée ou cérébrale au cours de la gestation, simulant l'eclampsie peurperale). Reeb, Metzger.

Rev. Franç. Gynéc. Obstrétr. r. 27. Z. 7 r. 1932.

Nawiązując do trudności rozpoznawczych rzucawki porodowej autorzy przytaczają dwa przypadki symulujące to schorzenie, w których jednak okazało się, że przyczyna drgawek leży zupełnie gdzieindziej.

W przypadku pierwszym chora zmarła wśród burzliwych objawów drgawek i wysokiej temperatury a sekcja okazała ropne zapalenie opon mózgowych na podstawie mózgu. Podejrzenie na rzucawkę porodową wysunęli neurolodzy, położnicy zaś mieli co do niej znaczne wątpliwości.

Przypadek drugi dotyczył ciężarnej w VII miesiącu ciąży, która, jak się później okazało, wprowadziła sobie do pochwy a może i do macicy roztwór lizolu. Osobę tę znaleziono nieprzytomną, przewieziono do kliniki i tu poddano obserwacji, zakończonej wreszcie wyleczeniem. W przebiegu występowały drgawki na przemian z okresami zupełnej nieprzytomności, a obecność białka i wałeczków w moczu wraz z wzmożonem ciśnieniem krwi pozwalało przypuszczać rzucawkę porodową. Jednak dalsza obserwacja okazaał błędność tego przypuszczenia, gdyż wystąpiły typowe objawy porażenia połowicznego, jako skutek organicznego schorzenia mózgu. Autorzy wysuwają hypotezę zawału w mózgu spowodowanego przez embolję będącą skutkiem przedostania się do krwioobiegu wyżej wspomnianego leku.

Na zakończenie autorzy zwracają uwagę na mało znany objaw rozpoznawczy podany przez Seitz'a, a mianowicie zmniejszenie pobudliwości nerwowo mięśniowej na prąd galwaniczny w przypadkach rzucawki porodowej.

Leczenie zaburzeń w miesiączkowaniu i schorzeń pokrewnych zapomocą czynnościowej radioterapji. (Traitement par la radiothérapie fonctionelle sympathique des dysménorrhées et troubles associées). Pérès M.

Gynecologie T. 30, str. 538, r. 1931.

Autor stosował metodę Gouin'a w leczeniu zaburzeń miesiączkowania i pokrewnych schorzeń czynnościowych. Metoda ta polega na naświetlaniu promieniami Roentgena kręgosłupa lędźwiowego, względnie dolnej części kręgów piersiowych (okolica nervus splanchnicus), a celem jej jest zadziałanie na układ nerwowy roślinny.

Autor używał aparatu Gaiffe Nr. 2. Najlepsze wyniki daje naświetlanie wykonane na 8 — 10 dni przed początkiem miesiączki. Przeważnie wystarcza jedno naświetlanie, niekiedy należy powtórzyć je po upływie miesiąca. Jeśli bolesne miesiączkowanie powikłane jest zaburzeniami w krążeniu należy dodać miejscowe naświetlania naprz. okolicy trójkąta Scarpy.

Wynik leczniczy polega na unormowaniu miesiączki co do okresowości i co do ilości krwi, jak również w innych przypadkach na poprawie zaburzeń okresu przekwitania, wyprysków miesiączkowych i t. d. Szczególnie nadają się do tego leczenia chore o typie otyłości płciowej (tęgie, ze skąpemi miesiączkami i lenistwem kiszek). Pod wpływem omawianego leczenia następuje jakby przemiana typu konstytucyjnego.

Świąd sromu i pochwica (vaginismus). Wyleczenie po przecięciu nerwów sromnych wewnętrznych. (Prurit vulvaire et vaginisme. Névrotomie bilatérale du nerf honteux interne Guérison). Stoïanovitch.

Bull. Soc. nat. Chir. Paris T. 58, str. 342, r. 1932.

Autor opisuje przypadek 56-letniej kobiety cierpiącej na silne bóle sromu, zwłaszcza przy próbach spółkowania. Liczne próby leczenia zachowawczego okazały się daremne. Na wędzidełku tylnem stwierdzono małe pęknięcie, wycięto je, poczem nastąpiła krótkotrwała poprawa. Badania dodatkowe wykazały: odczyn Wassermanna, Hechta ujemne; cukier w moczu nieobecny; żadnych pasożytów nie stwierdzono.

Leczniczo nie pomogły ani elektryzacja, ani naświetlanie promieniami X, ani nadoponowe wstrzykiwania środków z typu novocaïne'y.

W 2 miesiące potem dokonano operacji z powodu raka piersi, a jednocześnie dla usunięcia świądu i bólu sromu, przecięto obustronnie nervus pudendus po jego rozgałęzieniu, oszczędzając ramus analis. Po 2 dniach bóle ustały i od 3 lat już nie występują więcej.

Leczenie zakażenia pałeczką okrężnicy u kobiety. (Thérapeutique des manifestations colibacillaires chez la femme). Colonéri Xavier.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 27. Nr. 6, r. 1932.

Leczenie zakażenia pałeczką okrężnicy opierać się musi na następujących zasadach:
1) leczenie przewodu pokarmowego;
2) leczenie narządów płciowych;
3) leczenie ogólne.

I. Po stwierdzeniu bakterjologicznem bact. coli w moczu lub w kale osoby leczonej, należy przystąpić do stosowania szczepionki wieloważnej i wielobakteryjnej. Autor zaleca jako rozpuszczalnik płyn izotoniczny o wybitnych własnościach osmotycznych.

Szczepionkę tę podawać należy przedewszystkiem doustnie w dawce 300 — 600 miljardów raz lub kilka razy dziennie i to w ciągu przynajmniej 20 dni, z powtórzeniem leczenia po upływie kilku tygodni.

Autor radzi podawać szczepionkę w szklance wody Châtel-Guyon, źródło Gubler. Woda ta pobudza wydzielanie gruczołów przewodu pokarmowego, tonizuje mięśnie i działa żółciopędnie. To ostatnie działanie ma szczególnie ważne znaczenie, gdyż pęcherzyk żółciowy jest często siedliskiem omawianych bakterji, a nawet jeśli tego niema, to żółć jest konieczna dla utrzymania śluzówki jelit w stanie prawidłowym, odpornym na działanie pałeczki okrążnicy. Oczywista nie należy przesadzać w stosowaniu wody pobudzającej kiszki, używając jej przez czas dłuższy, tylko w przypadkach zaburzeń w drogach żółciowych.

W przypadkach jednak zaparć jedynie unikać należy wszelkich drastycznych środków czyszczących; tu pozwolić sobie można na leki bardzo łagodne, jak to parafina, agaragar i t. d., z dodatkiem niewielkiej dawki belladonny.

Djeta z wyłączeniem jaj, smażonych tłuszczów, pasztetów, ryżu i nawet z początku kartofli, jak również mleka, składać się powinna z niewielkiej ilości mięsa chudego (nie wolno baraniny, wieprzowiny i cielęciny). Szynka nie jest wzbroniona, jak również ryba zwłaszcza gotowana.

Z jarzyn zielonych unikać należy tych, które zawierają znaczne ilości cellulozy, natomiast używać można sałaty dobrze wymacerowanej w occie przed użyciem.

Z serów unikać należy fermentowanych, wolno podawać natomiast ser szwajcarski.

Chleba i płynów niezbyt wiele; owoce lepiej gotowane.

Oprócz djety wskazane jest jako leczenie dodatkowe stosowanie środków zakwaszających treść jelit, jak ammonium chloratum; środki dezynfekcyjne mogą przynieść również korzyść, są niemi — naphtol, benzonaphtol, chloramina, formol, siarka, węgiel zwierzęcy.

2) W leczeniu narządu płciowego autor radzi tampony do macicy, lub szyjki, lub pochwy ze szczepionki, względnie wstrzykiwania do cavum uteri tejże szczepionki z bact. coli.

Oczywista stosowanie pozajelitowe tejże szczepionki, w postaci injekcji podskórnych czy domięśniowych jest również wskazane.

3) Leczenie ogólne polegać winno na terapji wzmacniającej, a w przypadkach istniejącej lub przypuszczalnej kiły — na leczeniu swoistem.

Tak więc na pierwszem miejscu autor stawia leczenie szczepionkami w rozmaitych postaciach, a dalej regulacja działania jelit ,pobudzenie do wydzielania żółci i wreszcie leczenie ogólne.

Zapobieganie i leczenie zakażeń pałeczką okrężnicy w ciąży i połogu. (Prophylaxie et traitement des colibacillose de la puerpéralité). Le Lorrier V.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 27. Nr. 6, r. 1932.

Wśród szeregu artykułów w poświęconem zakażeniu pałeczką okrężnicy numerze „Revue Franç. Gynéc. Obstétr". — Le Lorrier omawia zapobieganie i leczenie tych schorzeń.

Uważa on, że etjologji zakażenia pałeczką okrężnicy szukać należy w dzieciństwie kobiety, mającej pozostać kiedyś matką. Wchodzi tu w grę tak nieregularne wypróżnianie kiszek i pęcherza, jak mleko, używane zazwyczaj do pożywienia. Mleko zbierane latem, w oddali od miast, i transportowane przez długie godziny w temperaturze 25 — 30° C, dochodzi do rąk konsumenta przepełnione drobnoustrojami, wśród których przeważają pałeczki okrężnicy.

Mleko to jest przyczyną główną letnich schorzeń kiszek, tak częstych i zwykle nie wyjaśnionych. To też dobra „polityka mleczna" może wiele zaważyć w zapobieganiu zakażeń pałeczką okrężnicy.

Drobnoustrój ten przebywający na powierzchni śluzówki jelit tak samo powszechnie, jak gronkowiec na powierzchni skóry, wkroczyć może wgłąb do krwioobiegu dopiero wówczas, kiedy nabłonek śluzówki ulegnie uszkodzeniu.

Jednym z powodów uszkodzenia śluzówki jelit są pasożyty stosunkowo częste u dzieci; wchodzą tu w grę nietylko owsiki (oxyuris vermicularis), ale także niewinne, jakby się zdawało, glisty (ascaris lumbricoides).

Pierwsze z nich, owsiki, grożą nietylko podrażnieniem jelit, ale także zawleczeniem drobnoustrojów do narządów rodnych dziewczynki, i w wyniku — zapaleniem szyjki macicy, niekiedy bardzo uporczywem.

Pałeczki okrężnicy przedostawszy się do krwiobiegu zatrzymują się przedewszystkiem w nerkach i stąd są wydalane z moczem.

W drogach moczowych raz dają one stany zapalne, o ile przedewszystkiem natrafiają na zastój; lecz i poza zastojem może nastąpić zapalenie dróg moczowych, o ile ich nabłonek ulegnie uszkodzeniu, naprz. przy wysokiej koncentracji moczu, spowodowanej przyjmowaniem małych ilości płynów.

Wreszcie wspomnieć należy, o szkodliwym wpływie czyszczących środków drastycznych na śluzówkę jelit, co również ułatwia przenikanie pałeczek okrężnicy do krwioobiegu przez szpary pomiędzy nabłonkami.

W ciąży szereg warunków pochłaniania i przemiany materji ulega pogorszeniu.

Opróżnienie jelit i tak dotychczas niedostateczne w ciąży pogarsza się zazwyczaj; wpływa na to tak przestrojenie nerwowe układu roślinnego, jak może ucisk rosnącej macicy na przewód pokarmowy.

Autor przypuszcza, że ucisk stały i chwilowy ze strony macicy może nawet wywołać uszkodzenie nabłonka jelit.

Ze strony układu moczowego również warunki pogarszają się znacznie: wymioty i ślinienie odwadniają organizm, dzięki czemu mocz jest bardzo stężony, pełen drażniących drobnych kryształków, przygotowujących podłoże dla zakażenia bact. coli; z drugiej strony rozszerzenie moczowodów, głównie prawego, wywołane nietyle przez ucisk, co przez czynniki funkcjonalne sprzyja zastojowi moczu temu koniecznemu warunkowi zakażenia dróg moczowych.

Jednem słowem ciąża jest słusznie uważana za okres szczególnie niebezpieczny pod względem zakażenia pałeczką okrężnicy.

Zapobieganie wynika z omówienia powyższego etjologji tych zakażeń. Opieka nad działalnością przewodu pokarmowego, unikanie drastycznych środków czyszczących, djeta bogata w pokarmy roślinne, z niewielkim dodatkiem mleka, chyba kwaśnego, regulowanie wypróżnień zapomocą 1 gr. chlorku magnezji dziennie, usunięcie pasożytów jelitowych, wzmocnienie diurezy zapomocą podawania dużej ilości płynów, wraz z wodami mineralnemi, (wody Vittel, Evian i t. d.) — oto najważniejsze zasady zapobiegania schorzeniom, opartym o zakażenie pałeczką okrężnicy.

Lepkość krwi w ciąży pozamacicznej i w zapalnych stanach przydatków. (La viscosité du sang dans la grossesse extra-utérine et dans les annexites inflammatoires). Touberovsky D. A. *Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 27. Nr. 7. r. 1932.*

Na zasadzie obserwacji 100 przypadków autor dochodzi do następujących wniosków:

1) w sprawach zapalnych przydatków lepkość krwi jest zazwyczaj zwiększona;

2) w przypadkach ciąży poza-macicznej jest ona normalna lub nieco zmniejszona;

3) przy niedokrwistości lepkość krwi może nie być zwiększona pomimo istnienia sprawy zapalnej przydatków;

4) współistnienie ciąży pozamacicznej i sprawy zapalnej może dać w wyniku wzmożenie lepkości krwi;

5) naogół stany zapalne otrzewnej zwiększają lepkość krwi;

6) na zjawisko to wpływają nietylko sprawy ostre, ale i przewlekłe;

7) należy brać pod uwagę ogólny stan organizmu, przy ocenie wartości współczynnika lepkości krwi;

8) w ostatecznym wyniku — uznać należy metodę badania lepkości krwi za cenną metodę pomocniczą w rozpoznawaniu ciąży pozamacicznej i djagnostyce różniczkowej pomiędzy tym stanem a sprawą zapalną przydatków.

Oceniając bezstronnie cyfry przytoczone przez autora nie można oprzeć się wrażeniu, że wnioski powyższe opierają się na ocenie całego materjału, natomiast poszczególne cyfry we wszystkich 3 grupach są bądź sobie równe, bądź nawet wprost w przeciwnym stosunku, od uznanego przez autora za zasadniczy.

W związku z tem nie należy przywiązywać zbyt wielkiej wagi do wyniku badania lepkości krwi, lecz brać go jedynie jako jedno z ogniw roz-

poznania. Zdarzyć się bowiem może, że w przypadku ciąży pozamacicznej wskaźnik lepkości krwi będzie wyższy niż w przypadku zapalenia przydatków — przypisek referenta.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Pemphigus recidivans z umiejscowieniem na prąciu. (Pemphigus localisé balano-préputial, fixé, récidivant sans arret au même point). G o u g e r o t, R é n é C o h e n i D a v a r i s. *Annales des Malad. Vénér Nr. 3/1932.*

Częste są przypadki pojawiania się pęcherzy na żołędzi prącia w przebiegu *Brocq-Dühringa* lub w przebiegu pęcherzycy — i wtenczas, rozpoznanie nie nastręcza trudności ze względu na obecność licznych pęcherzy rozsianych na całej skórze. Rzadziej spotyka się zajęcie wyłącznie błon śluzowych i otoczenia otworów naturalnych ciała (dermatites pluriorificieles Rendu-Freisinger); wyjątkowo tylko spotyka się przypadki choroby Dühringa, w których wykwity ograniczają się do kilku pęcherzy, umiejscowionych w otoczeniu ujścia cewki moczowej.

Do typu tych ostatnich rzadkich przypadków należy opisany przez autora, dotyczący chorego, który od 1½ roku cierpi na stale pojawiające się na żołędzi i wewnętrznej powierzchni napletka nieliczne pęcherze. Po wykluczeniu schorzeń wenerycznych postawienie rozpoznania było możliwe jedynie na podstawie badania histologicznego. Badanie to wykazało obecność podnaskórkowych pęcherzy analogicznych do występujących w pemphigus foliaceus i pemphigus błon śluzowych.

Leczenie: chory otrzymywał 2 razy tygodniowo autohemoterapję, 30 kropli roztworu adrenaliny 2 razy dzienie przed jedzeniem i 0.25 ergotyny również 2 razy dziennie. Ponadto novarsenbenzol w dawkach 0.15 do 0.45. Po 6-ciu tygodniach bezskutecznego leczenia zastosowano zastrzyki Natronu (preparat bizmutowy).

Pierwotne niewrzodziejące wykwity kiłowe. (Syphilomes primaires non ulcérés). M. H i s s a r d. *(Annales des Malad Vénér. Nr. 3/1932).*

Pierwotne wykwity kiłowe niewrzodziejące, bardzo częste u małp niższego rzędu, rzadsze u antropidów, wyjątkowo tylko zdarzają się u ludzi.

U 27-letniego robotnika istniała na prąciu grudka okrągła o średnicy ½ cm. wyniosła na 1 mm., twarda, niebolesna, bardzo nieznacznie na samym środku sącząca, pozatem pokryta naskórkiem prawidłowym. Obok podobny wykwit owalny. Spoistość tych wykwitów i typowe zmiany w gruczołach chłonnych obu pachwin nasunęło na myśl obecność kiły. Po zdrapaniu zewnętrznych warstw naskórka znaleziono w sączącej się surowicy obu wykwitów krętki blade. Odczyn Was. dodatni. Wykwity ustąpiły bez śladu po 3-ch tygodniach leczenia specyficznego (novarsenobenzolem).

Ulcus acutum vulvae. (L'ulcère aigu de la vulve). P a u l C h e v a l l i e r. *La Presse Méd. 1932, N. 6.*

Ulcus vulvae acutum jest schorzeniem rzadkiem, dotyczy wyłącznie kobiet, gdyż analogicznego schorzenia u mężczyzn nie znamy. Występuje u kobiet różnego wieku, tak u dziewic jak u kobiet deflorowanych. Jest to schorzenie nieweneryczne, nie przenosi się drogą stosunków płciowych. Większość osobników dotkniętych tym schorzeniem jest w pełni sił i zdrowia, chociaż ostry wrzód sromu może wystąpić i w przebiegu duru, gruźlicy i t. d. Owrzodzenia są mnogie i mogą zajmować wszystkie części skóry i śluzówki w okolicy sromu. Wyjątkowo spotyka się wyłączne umiejscowienie w pachwinach, najczęściej u kobiet dojrzałych występuje na wewnętrznej powierzchni warg sromowych mniejszych, u dziewczynek na wewnętrznej powierzchni warg sromowych większych. Schorzenie rozpoczyna się powstaniem płaskiej grudki swędzącej i bolesnej, na jej powierzchni szybko pojawia się podniesienie naskórka skutkiem nagromadzenia się płynu surowiczego. Drapanie bywa zwykle tym czynnikiem, który powoduje zdarcie pęcherza, powstanie owrzodzenia o dnie szaro-żółtym, silnie sączącym. Owrzodzenie szybko powiększa się w powierzchni i pogłębia, może następnie pokrywać się strupem. W tym okresie owrzodzenie to klinicznie niczem nie różni się od zwyczajnych niesztowic (ecthyma). Około 4-go dnia przypadki te zwykle trafiają do lekarza i wtedy już znajduje się owrzodzeń kilka o zarysach regularnych okrągłych lub owalnych z tendencją do zlewania się, różnej głębokości, silnie sączących. Podstawa owrzodzeń nie jest nacieczona ale tylko wyraźnie obrzękła. Brzegi nigdy nie podminowane są silnie zapalne obrzękłe. Niekiedy spotyka się w otaczających tkankach wyraźny odczyn zapalny z zaczerwienieniem śluzówki i skóry. Skutkiem znacznej wydzieliny przychodzi niekiedy do rozleglego wyprzania (vulvitis intertriginosa). Niekiedy schorzenie występuje w postaci t. zw. ulcera miliaria i to zwłaszcza na wargach sromowych większych, polega ono na powstaniu bardzo licznych drobnych owrzodzeń i nadżerek. Małe licznych drobnych owrzodzeń i nadżerek. Małe owrzodzenia goją się bez śladu, większe pozostawiają blizny. Znamiennym dla tego schorzenia jest brak wyraźnego powiększenia gruczołów chłonnych w pachwinach. Bywają one tylko nieznacznie obrzękłe, nieco czułe. Bólów samoistnych w tych przypadkach prawie że niema. Wśród spoczynku chore nie odczuwają żadnych dolegliwości, najmniejszy jednak ruch a także oddawanie moczu wywołuje znaczne cierpienia. Z objawów ogólnych należy zaznaczyć niekiedy występujące podniesienie ciepłoty zwykle dreszcze w początku schorzenia. Po 4-dniowym okresie z dreszczami i niekiedy podniesioną ciepłotą następuje okres, w którym na pierwszy plan wysywa się znaczna wrażliwość wykwitów. Ponieważ świeże owrzodzenia pojawiają się w różnych okresach czasu — obraz kliniczny przebiegu schorzenia zaciera się. Owrzodzenia mogą się utrzymywać kilka dni do kilku tygodni. Nawroty bywają bardzo często, niekiedy po podaniu leków jak np. w przypadku autora po zastrzyku novarsenobenzolu. Szereg odmian klinicznych np. ulcus vulvae gangraenosum zależy od wtórnego zakażenia. Schorzenie często bywa wielopostaciowe: jedne owrzodzenia płytkie sączące płynem suro-

wiczym, inne głębsze rozpierające, niektóre mogą być i zgorzelinowe. Badania serologiczne i szczepienia bywają w tych przypadkach ujemne. Pałeczkę, którą stale znajduje się tak w wydzielinie z owrzodzeń, jak i w powierzchownych warstwach tkanek nazwał *Lipschutz* „bacillus crassus". Jest to nieruchoma gram dodatnia gruba i dosyć długa pałeczka, tworząca krótkie łańcuszki. Stałe występowanie jej w tem schorzeniu nasuwa *Lipschutzowi* i innym autorom myśl, że jest ona czynnikiem patogenetycznym. Bakterja ta, przebywająca jako saprofit stale w pochwie kobiecej, miała by w pewnych warunkach zakażać głębsze tkanki (autoinoculatio). Powyższa hipoteza nie jest jednak udowodnioną. Rokowanie bywa zawsze dobre. Schorzenie ustępuje samoistnie i jak wykazuje jedno ze spostrzeżeń autora — stosowanie środków ogólnych (novarsenobenzol) może być raczej szkodliwe. Miejscowo należy zastosować antyseptyczne zasypki (methylenblau).

Co wiemy a czego nie wiemy o wyprysku. (L'eczéma: ce que nous en savons et n'en savons pas). R. S a b o u r a u d.

Presse Médic. 1932 Nr. 12.

Autor wykazuje o ile odczyny pozornie nie mające nic wspólnego z wypryskiem, wyświetlają jego patogenezę. Do tych odczynów należą i odczyn Pirquet'a, odczyny i zjawiska anafilaksji, aglutynacji, wstrząsu i t. d.

Z punktu widzenia klinicznego stare pojęcie wyprysku z biegiem czasu uległo znacznemu uszczupleniu. Wydzielono z tej grupy wszystkie sprawy bakteryjne i grzybicowe toczące się w skórze, dalej schorzenia z przyczyn zewnętrznych tak zwane urazowe. Wypryskiem nazywamy tylko te, których przyczyna nie jest nam znana. Przeciwnie określenie „wypryszczenie" (eczematisatio), które stwierdza tylko rodzaj procesu klinicznego, polegającego na wydobywaniu się z pomiędzy elementów skóry płynu surowiczego zapalnego (l'exsérose) do dziś dnia w dermatologji jest szeroko stosowane. Szereg prac ostatnich lat wykazał wprawdzie wybiorcze uczulenie pewnych organizmów na czynniki zresztą nieszkodliwe nie wykazał jednak „dlaczego", ani „w jaki sposób" procesy uczulenia prowadzą do powstania wyprysku.

Połączenie soli akrydynowych z fioletem triphenil-metanu w lecznictwie rzeżączki i stanów septycznych. (L'association des sels d'acridine aux volets de tryphényl-methane dans la cure de la gonococcie et des états septicémiques). J a u s i o n, P e c k e r, S o l e i t et M e d i o n i.

Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux 1932 Nr. 6.

Badania zapoczątkowali autorzy ameryk. którzy w przypadkach rzeżączki stosowali połączenie chloromethyl - diamino - acridin i fjoletu Hofmanna. Każda z grup barwikowych atakuje wybiorczo pewien rodzaj bakterji: grupa akrydynowa niszczy bakterje gram — ujemne, grupa grupa fjoletu bakterje gram — dodatnie. Autorzy do każdego zastrzyknięcia gonakryny dodawali 5 do 10 cm^3 roztworu $^1/_{500}$ przefiltrowanego fjoletu Hofmanna. Wstrzykiwania powtarzano co 2-gi dzień aż do 12. Wyniki lecznicze były doskonałe.

Leczenie rzeżączkowych zapaleń stawów. (Le traitement de l'arthrite blennorragique). F. M a r s a n.

Bull. Médic. Nr. 9; 1932.

Autor poleca wczesne stosowanie thorium X w przypadkach wiewiórowego schorzenia stawów. Ten sposób leczenia nigdy autora nie zawiódł a w niektórych przypadkach wyniki były nieoczekiwanie pomyślne. Leczono w ten sposób 80-ciu chorych. Preparat świeżo przygotowany wstrzykiwano w ilości 100 mgr. następnie po 8 dniach w ilości 150 mgr. Przeciętna ilość wstrzykiwań była 7 — 8. Niekiedy już po drugim lub trzecim

zabiegu następowała wyraźna poprawa. Leczenie powyższe łączono zawsze z miejscowem leczeniem narządów moczopłciowych i leczeniem szczepionką, o ile możliwe z autowakcyną.

Badania bakterjologiczne i doświadczalne nad gruźlicą skóry. (Recherches bactériologiques et expérimentales sur la tuberculose cutanée, S. Nicolan i M. Blumental.
Annales de Dermat et de Syphil. 1932. Nr. 6.

Badania dotyczyły 18-stu przypadków rzeczywistej gruźlicy skóry (8 — lupus vulgaris, 3 — t. b. c. verrucosa, 6 — gumma t. b. c., 1 — ulcus t. b. c.). Posiewy z tkanki patologicznej dały dodatnie wyniki w 55,5 %. Najczęściej dodatnie wyniki otrzymywano w przypadkach lupus vulgaris (6). W czasie badań najpewniejszym sposobem wyosobnienia prątków wprost z wykwitów okazał się sposób Löwensteina. Użycie kwasu siarkowego ułatwia wyjałowienie tkanki z wtórnie zakażających bakterji a nie przeszkadza rozwojowi prątków gruźliczych. Jako pierwsza pożywka najlepszą okazała się Petrignani'ego, gdyż najtrudniej ulega dodatkowym zanieczyszczeniom.

W 10 przypadkach , w których otrzymano hodowlę, 8 razy uzyskano szczep ludzki, 2 razy ptasi. W 8-iu przypadkach, w których hodowli wprost z wykwitów skórnych nie otrzymano, uzyskano dodatnie wyniki szczepiąc świnki morskie i ze zmian u świnek wychodowano szczepy ludzkie. Naogół szczepienie świnkom morskim skrawków tkanki patologicznej pod skórę brzucha (w kieszonkę) spowodowało na 17 razy 16 zejść śmiertelnych u świnek z powdu uogólnionej gruźlicy trzew (14) lub gruźlicy gruczołowej (2). Tylko w 3-ch przypadkach spostrzegano w miejscu szczepienia owrzodzenie gruźlicze a w 2-ch przypadkach gruzełek zserowaciały nie wrzodziejący. Przyjmując, że zmiana w miejscu szczepienia świnek jest wyrazem obfitości i złośliwości prątków, musimy stwierdzić, że gruźlicze wykwity są ubogie w prątki, a prątki są mało zjadliwe. Szczepienia przesączów z wykwitów skórnych na 17 przypadków były 4 razy dodatnie. W jednym przypadku świnka szczepiona przesączem wykazała nieznaczną zmianę gruczołu pachwinowego, który wszczepiony w kieszonkę drugiej śwince spowodował u tej drugiej po 14 miesiącach zejście wskutek uogólnionej gruźlicy trzew. W 3-ch wypadkach szczepienia przesączów dały odrazu wyniki dodatnie.

U świnek, które padły stwierdzono w zserowaciałych okołooskrzelowych gruczołach obecność prątków kwasoodpornych. Inne narządy zmian nie wykazywały.

Z powyższych doświadczeń wynika, że w przypadkach gruźlicy skóry obok zwykłych szczepów istnieją i przechodzące przez filtr, zdolne wywołać u zwierząt po pierwszym szczepieniu proces zserowacenia gruczołów z obecnością prątków. To ostatnie spostrzeżenie przeczy poniekąd dotychczasowym poglądom, które twierdzą, że ultravirus gruźlicy wyjątkowo tylko wywołuje zserowacenie i to po wielokrotnem przejściu przez zwierzęta.

„O zjawisku Koebnera w łuszczycy". (Sur. la phénomene de Koebner dans le psoriasis). Prof. E. Bizzozero.
Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 6. 1932.

Zjawisko K. polega na możności sztucznego wywołania wykwitu łuszczycowego u osobników cierpiących na łuszczycę a znajdujących się w okresie wybuchu schorzenia. Czynnikiem wywołującym najłatwiej sztuczny wykwit jest mechaniczny, chociaż i inne (chemiczne, termiczne) mogą wywołać ten wykwit.

Szereg doświadczeń własnych pozwala autorowi wysnuć wnioski, uzupełniające dotychczasowe (Lipschutz) a rzucające pewne światło na zjawisko odporności miejscowej łuszczycy.

Aby powstał sztuczny wykwit łuszczycowy, koniecznem jest, by bodziec, jakikolwiek onby był,zadziałał na warstwę brodawkową skóry. Wykwit nie powstanie, jeżeli uszkodzone zostaną powierzchowne warstwy naskórka lub głębsze warstwy skóry. Okres wylęgania takiego wykwitu bywa rozmaity nie tylko u różnych osobników ale i w różnych okolicach ciała jednego i tego samego osobnika, a nawet w różnych miejscach ograniczonej powierzchni, na którą drażniący bodziec działał. Najwyraźniejsze zjawisko K. można uzyskać w okresie ostrego wybuchu wykwitów łuszczycowych. W okresie, w którym świeże wykwity już nie występują zjawiska K. najczęściej już niema. W przypadkach wybuchu licznych rozsianych wykwitów zjawisko K. można wywołać wszędzie, w każdej okolicy skóry.

W przypadkach pojawiania się nielicznych wykwitów łuszczycowych i w okresie uspokajania się wybuchu zjawisko K. istnieje tylko w pewnych okolicach skóry. W strefie, w której wykwity łuszczycowe samoistnie ustąpiły (strefa odporności miejscowej) bywa albo zupełny brak zjawiska K. albo po znacznie dłuższym okresie wylęgania, pojawiają się nieliczne, drobne wykwity sztuczne. Odporność miejscową wykazują w równym stopniu plamy barwikowe po wykwitach łuszczycowych. Te same miejsca odporne są również na inne czynniki(fizyczne, chemiczne, bakterje). Jeżeli wykonamy szereg doświadczeń w strefie t. zw. pseudo-atroficznej t. j. znajdującej się w najbliższym sąsiedztwie wykwitów łuszczycowych, w strefie, która w okresie odczynu zapalnego po chryzarobinie w otoczeniu tarczki łuszczycowej nie bywa zajęta rumieniem zapalnym, to przekonamy się, że te miejsca wykazują także hypo-ergję lub anergję nietylko co do zjawiska K. ale że istnieje tam również mniejsza skłonność do reagowania odczynem zapalnym na różne czynniki.

Istnieje więc ścisły związek pomiędzy zupełną odpornością spontanicznie wyleczonych miejsc skóry, a otaczającą te miejsca sferą anergji. W świetle powyższych faktów trudno przyjąć łuszczycę za schorzenie typu skazy, czy endokrinopatji, czy też jakichkolwiek zaburzeń ogólnych. Nasuwa się sama przez się konieczność przyjęcia obecności jakichś czynników miejscowych. Z jednej strony uderza nas podobieństwo miejscowych zjawisk odpornościowych w grzybicy, z drugiej podobieństwo wahań alergji w zależności od okresu schorzenia w kile.

Alergja skórna w przypadkach wenerycznych schorzeń gruczołów pachwinowych. (L'allergie cutanée dans les adénophaties inguinales d'origine vénérienne). Edouard de Gregoria.
Annales de Dermat et de Syphil. 1932. Nr. 6.

Przypadki limphogranulom. inguin, przypadki

schorzenia gruczołów pachwinowych z powodu zakażenia prątkami Ducrey'a i kiłowych zmian w gruczołach pachwinowych poddano licznym próbom szczepień doskórnych różnemi antigenami. Zestawienie wyników wykazuje znaczną swoistość odczynu Frei'a (lymphogran. inguin). Swoistość tą należy wykorzystać do celów rozpoznawczych w przypadkach, w których rozpoznanie waha się pomiędzy kiłą a lymphogran. inguin. W tych przypadkach odczyny serologiczne nie wykazują wyraźnej swoistości. Jak wykazał Ravaut i sam autor także w przypadkach lymphogran. inguin. w okresie septicemji i silnych gorączek odczyny serologiczne mogą być dodatnie (Wasserm. Hecht, Meinicke, Sachs i Kahn) lecz okażą różne nasilenia i nigdy nie będą silnie dodatnie. Te same odczyny w przypadkach kiły okażą się wszystkie silnie dodatnie natomiast odczyn śródkoskórny Frei'a będzie całkowicie ujemny.

Zofja Jastrzębska.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Nowy sposób autoseroterapji w przypadkach duszznicy oskrzelowej i kataru siennego. W ostatnich czasach zaczęto z powodzeniem stosować w dusznicy oskrzelowej (asthma bronchiale) i katarze siennym wstrzykiwania własnej surowicy chorych w najbliższem sąsiedztwie chorobliwie uczulonych śluzówek, w tym wypadku — pod śluzówkę względnie do śluzówki nosa, analogicznie do wstrzykiwania własnej surowicy doskórnie w przypadkach wyprysku (eczema). Ten rodzaj autoseroterapji daje w cierpieniach powyższych podobno bardzo dobre wyniki.

(Paris Méd. Nr. 18, 1932).

Współczesne leczenie ran zakażonych. Wychodząc z zasady, że od chwili przeniknięcia drobnoustrojów chorobotwórczych do chwili zjawienia się objawów zakażenia mija 6 — 24 godzin, w każdym przypadku świeżej rany należy jej brzegi wyciąć i następnie ranę zeszyć (natychmiast lub wtórnie). W ranach już zakażonych wskazane jest wycięcie wszelkich tkanek obumarłych z szerokiem rozwarciem rany, jej zraszanie płynem Dakina i stosowanie szczepionek w celu uodpornienia ogólnego i miejscowego (Besredka). Bardzo dobre wyniki w leczeniu ran daje ich długotrwałe wystawienie na działanie słońca, które do pewnego stopnia rany te wyjaławia. Wyjaławianie rany zakażonej zapomocą środków chemicznych jest złudne i zasadniczo nie do osiągnięcia.

(Marottoli — Argentyna, 1931).

Leczenie trądzika wielopostaciowego, dzięki wyjątkowej uporczywości i przewlekłości tego cierpienia, przedstawia naogół duże trudności. Leczenie wewnętrzne żelazo, arszenik, naświetlania rentgenowskie, szczepionki, siarka — często zawodzą. Autor stosował z dużem powodzeniem w całym szeregu tego rodzaju przypadków nalewkę jodową (1:100), która działa tutaj zarazem i jako środek bakterjobójczy (złuszczający), i przeciwłojotokowy. Nalewką tą spryskuje się twarz chorego codziennie na noc, lekko wcierając ją, bez uprzedniego mycia twarzy mydłem względnie smarowania maściami; do rana następnego dnia żółty kolor skóry znika zupełnie. Leczenie powyższe stosować można bez obawy powikłań nawet tygodniami. Po osiągnięciu wyniku leczniczego, dobrze jest dla jego utrwalenia i uchronienia przed nawrotem cierpienia stosować nadal owe nacierania nalewkę jodową 3 — 4 razy na miesiąc. W przypadkach wyjątkowo opornych można uciec się do bardziej stężonej nalewki (1:50). Ogromnie ułatwia przenikanie jodu do gruczołów łojowych uprzednie miesienie twarzy.

(La Presse Méd. Nr. 60, 1932. Sèzary).

W przypadkach raków nieoperacyjnych (np. odbytu, sutka, szyi macicznej) zauważono wysoce dodatni wpływ wstrzyknięć na granicy guza i do samego guza 95% alkoholu etylowego w ilości 10 cm³ na dawkę. Wpływ ten zaznacza się w całkowitem zniesieniu bólów i jakby zahamowaniu względnie zwolnieniu dalszego rozwoju guza. Wstrzyknięcia wykonywuje się w odstępach parodniowych, pierwsze — bywa zwykle bardzo bolesne. Po 2 — 3 zastrzyknięciach bóle samoistne ustępują zupełnie, a same wstrzykiwania nie są już bolesne. Serja wstrzyknięć skła-

da się przeciętnie z 5 — 7 dookoła guza i 3 — 5 do samego guza.

(Férey. La Presse Méd. Nr. 57 — 1932.

Przy leczeniu półpaśćca (herpes zoster) wystrzegać się należy wszelkich okładów wilgotnych, okładów gorących, maści i plastrów — jako mogących ułatwić zakażenie wykwitów skórnych. Należy się ograniczyć do przysypek obojętnych względnie smarowania miejsc chorych 5% roztworem kwasu pikrynowego w mieszaninie eteru z alkoholem (pół na pół). Przeciwko bólom podaje się parę razy dziennie proszki o następującym składzie: Antipyrini 0,5 + Veronali 0,2 + Extr. Opii 0,01. Przeciwbólowo działają również naświetlania promieniami ultrafioletowemi i pozaczerwonemi, jak również naświetlania rentgenowskie. Na gojenie się samych wykwitów działa do pewnego stopnia swoiście stosowanie szczepionki przeciwgronkowcowej, poczynając od dawek bardzo małych.

(La Presse Méd. Nr. 57 — 1932).

M.

KRONIKA

Związek Przeciwweneryczny wespół z Sekcją Walki ze zwyrodnieniem Rasy Polskiego Towarzystwa Eugenicznego organizuje w czasie od 7 do 19 listopada r. b. kurs dokształcający dla lekarzy z zakresu wenerologji klinicznej i społecznej dla lekarzy-kierowników państwowych i samorządowych przychodni przeciwwenerycznych, lekarzy Kas Chorych oraz lekarzy wojskowych.

PROGRAM

KURSU DOKSZTAŁCAJĄCEGO DLA LEKARZY Z ZAKRESU WENEROLOGJI KLINICZNEJ I SPOŁECZNEJ.

Dział Wenerologji Społecznej: Dr. med. Henryk Szczodrowski, Dyrektor Szpitala Św. Łazarza w W-wie. — „Niebezpieczeństwo społeczne chorób wenerycznych".

Dr. med. Wiktor Borkowski, Inspektor Lekarski Oddz. San. Obycz. w W-wie — „Walka z chorobami wenerycznemi".

Dział Wenerologji Klinicznej: Dr. med. Robert Bernhardt, Ordynator Szpit. Św. Łazarza w W-wie — „Seminarjum schorzeń skórnych i wenerycznych".

Doc. dr. med. Stanisław Kapuściński Ord. Szpit. Św. Łazarza w W-wie — „Choroby weneryczne u kobiet ze szczególnem uwzględnieniem rzeżączki dolnych odcinków dróg rodnych".

Dr. med. Zygmunt Zakrzewski, Ordynator Szpit. Św. Łazarza w W-wie — Rzeżączka górnych odcinków dróg rodnych u kobiet z demonstracją chorych".

Dr. med. Edward Bruner, Kierownik Pracowni Światłoleczniczej Szpitala Św. Łazarza w W-wie — „Przymiot wrodzony układu kostnego". Ćwiczenia praktyczne z zakresu leczenia fizykalnego chorób skóry (Leczenie światłem, promieniami Rentgena radu i t. d. elektroliza, elektrokoagulacja.

Dr. med. Bohdan Michałowski, Ordynator Szpit. Św. Łazarza w W-wie. — „Rozpoznawanie i leczenie wczesnego przymiotu dziecięcego".

Dr. med. Leon Wernic, Ordynator Szpitala Św. Łazarza w W-wie — „Klinika chorób wenerycznych i ich leczenie" zajęcia praktyczne.

Dr. med. Jerzy Zalewski. Kierownik Pracowni Bakterjologiczno-serologicznej Szpit. Św. Łazarza w W-wie — „Bakterjologja i serologja chorób wenerycznych" z demonstracją techniki laboratoryjno - rozpoznawczej.

Prof. dr. med. Witold Orłowski — „Cierpienia narządów wewnętrzynych na tle chorób wenerycznych".

Prof. dr. med. M. Semerau Siemianowski — „Schorzenia wewnętrzne a rzeżączka".

Prof. Dr. Jan Mazurkiewicz — „Schorzenia psychiczne na tle kiłowem" z demonstracją chorych.

Doc. dr. med. Marjan Grzybowski — „Powikłania w leczeniu przymiotu".

Doc. dr. med. Adam Straszyński — „Patologja i terapja kiły wrodzonej".

Wykłady i pokazy odbywać się będą w Szpitalu Św. Łazarza, w Klinice Dermatologicznej, oraz na Oddziale chorób skórno-wenerycznych Szpitala Okręgowego Nr. 1 w godzinach 9 — 12. Wpisowe wynosi 20 złotych. Zgłoszenia na kurs przyjmuje Biuro Towarzystwa Eugenicznego (Nowy Świat 1).

Uczestnicy kursu zwiedzą poradnie przeciwweneryczne Ośrodków Zdrowia w mieście Warszawie, Oddział Sanitarno-Obyczajowy Komisarjatu Rządu m. st. Warszawy oraz Przychodnię przeciwweneryczną Oddziału Sanitarno Obyczajowego.

KONKURS

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy ogłasza konkurs na pracę z zakresu balneologji ze szczególnym uwzględnieniem Krynicy. — Pierwszeństwo mieć będą prace o działaniu wód krynickich na drogi moczowe.

Warunki konkursu:

1) Prace zaopatrzone w obrane godło, winne być przedstawione w 6-ciu egzemplarzach, pisanych na maszynie i przesłane pod adresem Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy, najpóźniej do dnia 15 listopada 1933; w załączonej, zamkniętej

i oznaczonej obranym godłem kopercie podane być ma imię, nazwisko i adres autora.

2) Nagrody za przyjęte prace ustalone są, jak następuje: 1-a 1200 zł., 2-a 800 zł., 3-a 500 zł., które w szczególnych okolicznościach będą mogły być połączone.

3) Rozstrzygnięcie konkursu odbędzie się podczas Zjazdu Lekarzy w Krynicy zimą 1934 r., na którym zgłoszone prace będą mogły być przez autorów referowane.

4) Prace nagrodzone stają się własnością Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy i mogą być przez nie podane do druku.

Prezes:

(—) **Dr. Ludwik Korybut-Daszkiewicz.**

Sekretarz:

(—) **Dr. Mikołaj Bornstein.**

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MEDICAL DES HOPITAUX DE PARIS.

Hopital Tenon (4 rue de la Chine).

Cours de perfectionnement sur les maladies de l'Endocarde, du Pericarde, du Myocarde, de l'Aorte et de l'Artere Pulmonaire.

Ce cours, qui aura lieu du 14 au 24 novembre 1932, sera fait par m. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'Hôpitaux, Welti, chirurgien des Hôpitaux, A. Blondel, ancien Interne lauréat des Hôpitaux, l'assistant du service, Gilbert-Dreyfus, Even, F. P. Merklen, Odinet, J. Pautrat, P. Puech, Racine, anciens Internes du service, Golblin, assistant d'éléctrocardiographie, Marchal, assistant de radiologie du service, Breant, chef du laboratoire du service, Deparis, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 heures ½, conférences cliniques avec projections — à 16 heures, démonstration pratique (pression artérielle, pression veineuse, électrocardiographie, métabolisme basal, débit cardiaque, etc) ou exercices cliniques (présentation de malades).

Programme — Lundi 14 novembre: 10 h. M. Lian, remarques générales sur l'examen clinique du coeur — 11 h. M. Blondel, exercices cliniques — 15 h. M. Blondel, endocardites malignes — 16 h. M. Odinet, démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire — 17 h. ½ M. Haguenau, endocardite aigue rhumatismale.

Mardi 15: 10 h. M. Lian, conférence — consultation — 15 h. M. Gilbert-Dreyfus, insuffisance mitrale — 16 h. M. Pautrat, démonstration de sphygmomanométrie oscillométrique — 17 h. ½. M. Blondel, rétrécissement mitral.

Mercredi 16: 10 h. M. Lian, insuffisance aortique rhumatismale — 11 h. M. Blondel, exercices cliniques — 15 h. M. Blondel, rétrécissement de l'orifice aortique et de l'isthme aortique — 16 h. M. Golblin, démonstration d'électrocardiographie — 17 h. ½. M. Marchal, la radiologie dans le diagnostic des affections du coeur et des gros vaisseaux.

Jeudi 17: 10 h. M. Blondel, péricardite aiguës et sub-aiguës — 11 h. Mm. Lian et Marchal, démonstration de radiologie cardiovasculaire 15 h. M. Gilbert-Dreyfus, affections valvulaires du coeur droit — 16 h. M. Golblin démonstration d'électrocardiographie — 17 h. ½. M. Haguenau insuffisance aortique syphilitique et insuffisance aortique fonctionnelle.

Vendredi 18: 10 h. M. Lian, conférence-consultation — 15 h. M. Blondel, péricardite chronique et symphyse péricardique — 16 h. M. Blondel, exercices cliniques — 17 h. ½ M. Welti, traitement chirurgical des épanchements et de la symphyse du péricarde.

Samedi 19: 10 h. M. Lian, les données de la phonocardiographie — 11 h. M. Marchal, démonstration de radiologie cardio-vasculaire — 15 h. M. Merklen, cardiopathies traumatiques — 16 h. M. Puech, démonstration pratique de l'examen du coeur à l'autopsie — 17 h. ½ M. Blondel, syndromes myocardiques aigus.

Lundi 21 novembre: 10 h. M. Blondel, Hypodynamie du myocarde — 11 h. M. Lian, exercices pratiques d'interprétation des électrocardiogrammes — 15 h. M. Blondel, infarctus du myocarde — 16 h. M. Blondel, exercices cliniques — 17 h. ½, M. Gilbert-Dreyfus, les troubles myocardiques d'origine thyroïdienne.

Mardi 22: 10 h. M. Lian, conférence-consultation — 10 h. M. Racine, anévrysmes de l'aorte — 16 h. M. Breant, technique de la détermination du métabolisme basal et de la mesure du débit cardiaque — 17 h. ½. M. Blondel, syphilis du myocarde.

Mercredi 23: 10 h. M. Lian, aortites de la crosse — 11 h. M. Blondel, exercices cliniques — 15 h. M. Blondel, artérites pulmonaires — 16 h. M. Even, pratique et valeur sémeiologique de la mesure de la pression veineuse — 17 h. ½. M. Gilbert-Dreyfus, aortites thoraciques et abdominales.

Jeudi 24: 10 h. M. Lian, traitement de l'insuffisance cardiaque — 11 h. M. Marchal, démonstration de radiologie cardio-vasculaire — 15 h. M. Odinet, cardiopathies congénitales — 16 h. M. Odinet, exercices cliniques — 17 h. ½. M. Lian, traitement de l'insuffisance cardiaque.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le Cours; ils pourront ensuite être attaché au service comme médecins stagiaires et éventuellement comme assistants.

Chaque anné, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un Cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en 4 cours: 1) Arythmies — 2) Grands syndromes cardiaques — 3) Artères, veines et capillaires — 4) Endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire.

Le Cours de Juin 1933 portera donc sur les Troubles du rythme cardiaque, et sera suivi d'un voyage d'études à quelques stations hydro-minérales françaises utilisées dans le traitement des affections cardio-vasculaires.

Droits d'inscription 250 francs.

S'inscrire: ou bien à la Faculté de Médecine, tous les jours de 9 h. à 11 h. et de 14 à 17 h. (sauf le samedi), Salle Béclard (A. D. R. M.) ou bien à l'Hôpital Tenon auprès du Dr. Blondel assistant du service soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du Cours.

SPROSTOWANIE.

Skutkiem niedopatrzenia redakcyjnego wkradło się w Nr. 8 r. b., str. 261 wyrażenie określające jedną z partyj politycznych mianem potocznem, ale temu stronnictwu uwłaczającem. Przeoczenie to niniejszem prostujemy.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

		1/1 str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54. TEL.: 615-56 i 242-40.